

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1935

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André-Pierre BÉCHET

Né le 31 janvier 1905 à Avranches (Manche)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE DES TORSIONS

DES

FRANGES ÉPIPLOÏQUES DU COLON

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1935

Année 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André-Pierre BÉCHET

Né le 31 janvier 1905 à Avranches (Manche)
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE DES TORSIONS

DES

FRANGES EPIPLOÏQUES DU COLON

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1935

I. -- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance.	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies des enfants	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	LEMIERRE.
Clinique des maladies infectieuses	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MOCQUOT.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . .	Pathologie médicale.
BOULIN . . .	Pathologie médicale.
BULLIARD . . .	Histologie.
CATHALA . . .	Pathologie médicale.
CHEVALLIER . .	Pathologie médicale.
DOGNON . . .	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD . . .	Parasitologie.
GASTINEL . . .	Bactériologie.
de GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU . . .	Pathologie médicale.
HALPHEN . . .	Oto-rhino laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN . . .	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri). .	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOU . .	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY . . .	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSY . .	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET . .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS . .	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHEL	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT . .	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE . .	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BROCQ	Clinique chirurgicale.
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	CADENAT . . .	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN . .	Clinique médicale.	GATELLIER. . .	Clinique chirurgicale.
BRULE. . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
CHABROL . . .	Clinique médicale.	MOURE	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	QUENU	Clinique chirurgicale.
DONZELOT . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR . . .	Clinique médicale.	VELTER	Clinique chirurgicale.
HARVIER. . .	Clinique médicale.	ECALLE	Clinique obstétricale.
LIAN	Clinique médicale.	GUENIOT. . . .	Clinique obstétricale.
SÉZARY . . .	Clinique médicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
VALLERY-RA-		LÉVY-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
DOT (Pasteur)	Clinique médicale.	METZGER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

CHAILLÉY-BERT, agrégé . .	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

Le Docteur VICTOR BÉCHET

A MON PÈRE

Le Docteur EUGÈNE BÉCHET

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui fut mon premier maître et que
je m'efforcerai d'égaliser dans la
conception du devoir.*

A MA MÈRE

Pour l'assurer de ma tendresse.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JEAN

Externe des Hôpitaux de Paris

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique Thérapeutique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Pour le remercier ici du grand hon-
neur qu'il m'a fait en acceptant
de présider cette thèse.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur CHIFOLIAU

Chirurgien honoraire de l'Hôpital St-Louis

A vous je dois le sujet de ce travail.

A vous je serai toujours reconnaissant de l'affection dont vous avez bien voulu m'entourer.

Vos élèves se souviendront avec émotion de votre enseignement de chaque jour, de l'exemple magnifique que vous nous donniez de la conscience professionnelle.

Et je tiens pour un grand honneur de me compter parmi vos Internes.

A Messieurs les Docteurs MONDOR et BRAINE

Chirurgiens des Hôpitaux

Que je tiens à remercier pour les documents qu'ils ont bien voulu mettre à ma disposition.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage

- M. le Professeur F. WIDAL (*in memoriam*).
- M. le Professeur PIERRE DELBET.
- M. le Professeur LEMIERRE.

Externat

- M. le Docteur GERNEZ.
- M. le Docteur JEAN HALLÉ.
- M. le Docteur GRENET.
- M. le Professeur RATHERY.
- M. le Docteur ROBERT MONOD.
- M. le Docteur DEVRAIGNE.

Internat

- M. le Docteur PICOT.
- M. le Docteur CHIFOLIAU.
- M. le Docteur FREDET.
- M. le Professeur SORREL.
- M. le Docteur BOPPE.
- M. le Docteur GERNEZ.
- M. le Docteur GOUVERNEUR.
- M. le Docteur LARDENNOIS.

A MES MAITRES

Monsieur le Docteur OBERLIN.

Monsieur le Docteur MOULONGUET-DOLÉRIS.

Chirurgiens des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs AMELINE, RENÉ BLOCH,
GIRODE, MAURER, WELTI, Chirurgiens des Hôpitaux.

A Messieurs les Docteurs AUROUSSEAU, DOSSOT,
GARNIER (CH.), OBERTHUR, JEAN PATEL, TISSOT.

A MON COLLÈGUE ET GRAND AMI

Le Docteur ANDRÉ FOLLIASSON, ancien Interne des
Hôpitaux de Paris, Chirurgien à Grenoble.

*Dont il me serait difficile d'oublier les
mille et une marques d'affection qu'il
m'a données en maintes circonstances.*

A MES AMIS

A MES COLLÈGUES D'INTERNAT

INTRODUCTION

Les torsions de franges ou appendice épiploïques du côlon sont des phénomènes maintenant bien connus, depuis que de nombreuses observations dans ces trente dernières années en ont montré les aspects les plus fréquents.

Jusqu'ici nous avons surtout vu la relation de torsions aiguës, à symptômes impressionnants, et c'est elles que nous exposerons d'abord, parce qu'elles sont de beaucoup les plus fréquentes, les plus typiques, et que leur caractère presque dramatique force la main du chirurgien.

Ces syndromes aigus ne représentent cependant pas toutes les torsions d'appendices épiploïques, et nous désirons particulièrement dans cette étude mettre en relief, à côté de formes précédentes bien connues, les torsions subaiguës et les torsions chroniques de symptomatologie insidieuse, juste, voire trompeuse.

Nous avons eu l'occasion de voir il y a quelques années à l'Hôpital Saint-Louis dans le service de notre maître le Docteur Chifoliau un de ces cas à longue évolution, où les douleurs intermittentes, une constipation opiniâtre, du melœna firent longtemps errer le

diagnostic, et nous avons retrouvé dans la littérature quelques autres cas analogues, où une intervention chirurgicale, comme pour notre malade personnelle, conduisit sur la lésion insoupçonnée et permit la guérison,

A côté de ces torsions intra abdominales des séro-appendices nous ne ferons que rappeler l'existence de torsions intra-herniaires car elles ont été longuement étudiées et nous n'avons rien à ajouter à leur histoire.

Nous ne pouvons malheureusement prétendre, qu'après une étude serrée des principaux signes, même dans les cas où la symptomatologie est le plus riche, le diagnostic soit facile ou seulement possible. Il s'agit là d'une affection trop exceptionnelle eu égard aux autres lésions viscérales (appendicite, cholécystite, sigmoïdite etc..., torsion de la trompe ou de l'ovaire) d'un syndrome aux éléments trop flous, variables, déconcertants. Mais nous pensons faire œuvre utile, en rappelant que lorsqu'une laparotomie ne révèle pas les lésions qu'on était en droit d'attendre, le chirurgien doit se souvenir de l'existence des appendices épiploïques et de leur pathologie, et doit penser à explorer tout le cadre colique en portant une particulière attention à la région qui était douloureuse.

Enfin, l'étude clinique, nous paraissant importante au premier chef, c'est elle qui recevra le principal développement; et nous dirons quelques mots de l'anatomie et du rôle des séro-appendices épiploïques, car ces derniers éléments sont indispensables pour faire entrevoir le mécanisme possible de tels accidents.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

APERÇU HISTORIQUE

L'étude des torsions intra-abdominales des franges épiploïques n'a guère été faite dans son ensemble, mais nombreux sont les auteurs qui depuis fort longtemps ont fourni des travaux sur les appendices épiploïques eux-mêmes et sur divers points de leur pathologie.

Vésale le premier, puis Fabrice d'Aquapendente, Spiegel, Riolan, Glisson, Bartholin, Wilis, Haller décrivaient de façon plus ou moins précise les franges graisseuses. Ce n'est qu'en 1908 que paraît un travail très complet par Robinson (Thèse Paris) qui réclame pour ces organes le nom de *séro-appendices épiploïques*. Il approfondit des points jusqu'ici assez négligés, tels que le développement avec l'âge, le rôle, la pathologie.

Meillère, en 1928, dans une thèse sur « la vascularisation du côlon appliquée à la chirurgie colique » précise de façon remarquable les rapports des séro-appendices avec les vaisseaux droits du côlon, et montre comment les vaisseaux, faisant une anse à la base de

l'appendice, peuvent être intéressés dans les infections ou les torsions de celui-ci.

Les premières notions sur la pathologie des séro-appendices épiploïques comportaient leur libération sous forme de corps étranger intra-abdominal libre. Le premier cas fut décrit par Littré en 1703, puis Cruveilhier, Laveran, Deville (1851) confirmèrent leur origine. Virchow montra le processus de leur transformation histologique.

Robinson consacre la dernière partie de sa thèse à la pathologie des séro-appendices mais il y envisage surtout la question des *corps étrangers*, les incarcérations ou torsions intra-herniaires (étude reprise par Kendirdjy et Séjournet en 1910, par Patel et Mallet-Guy en 1924), enfin « les séro-appendices comme cause d'un étranglement abdominal », et c'est à peine s'il signale les torsions intra-abdominales.

Le premier cas de celles-ci fut publié par Riedel en 1905, puis d'autres furent observés par Briggs en 1908, Zöppez en 1909. Ce dernier montrait que l'intérêt de son observation résidait dans le fait que c'était la première d'une torsion *absolument isolée*, sans autres lésions de voisinage.

Puis les cas se multiplièrent et Johansson en relève 20 en 1927, mais il dégage encore mal le caractère chronique, insidieux que peuvent prendre certains syndromes de torsions, semblables à celui qui amena notre malade personnelle à se faire opérer (observation inédite n° XXXVII).

CHAPITRE II

RAPPEL ANATOMIQUE

Avant d'entreprendre l'étude des franges épiploïques dans ce phénomène très particulier qu'est leur torsion, il est nécessaire de rappeler, pour une meilleure compréhension, l'anatomie de ces organes.

ANATOMIE COMPARÉE.

Les appendices épiploïques sont présents chez les grands mammifères et chez les anthropoïdes; ils sont semblables à ceux de l'homme.

DÉVELOPPEMENT.

La date d'apparition des franges épiploïques est controversée. Certains anatomistes classiques (Sappey, Testut, Jonnesco) niaient leur existence chez le nouveau né et le fœtus.

Meckel cependant dit qu'elles apparaissent vers le cinquième mois de la vie intra-utérine.

Robinson(1), en étudiant de nombreux cadavres les a constatées sur le côlon pelvien de deux embryons de deux et trois mois. Chez un enfant de quatre ans, elles étaient aussi développées que sur le colon adulte. Robinson émet l'hypothèse qu'elles sont formées « par les tiraillements de l'intestin attiré par l'extrémité caudale, lesquels soulèveraient des replis péritonéaux ». Quoi qu'il en soit, c'est chez le nouveau-né qu'on trouve leur disposition la plus schématique parce que les franges sont moins développées : implantées entre la bande distale et la bandelette mésocolique, elles forment une petite pastille grasseuse renflée en massue, ou un voile mince, allongé, parfois dédoublé en deux lamelles par les deux branches du vaisseau droit qui les parcourt (Meillère). Elles ne dépassent pas de toute façon la bandelette distale.

Elles augmentent progressivement de volume pour atteindre chez l'adulte une dimension souvent considérable ; c'est peut-être ce qui explique en partie qu'on ne voit pratiquement jamais leur torsion avant l'âge de 25 à 30 ans.

MORPHOLOGIE.

Leur disposition chez l'adulte est moins schématique : il existe une rangée de franges sur la bandelette colique antérieure et une rangée sur la bandelette postéro-interne. Jamais elles ne dépassent la bandelette distale.

(1) *Thèse*, Paris 1908.

Les franges graisseuses sont peu développées sur le côlon ascendant, où elles se résument à de simples traînées (Meillère). Elles sont bien développées à la face inférieure du transverse, mais celles qui correspondent à la bandelette omentale sont masquées par l'accolement du grand épiploon, épais : peut-être est-ce la raison pour laquelle on voit rarement des torsions au niveau du côlon transverse. Mais les franges épiploïques sont extrêmement marquées sur le côlon gauche, le côlon pelvien surtout. Elles ont une forme plus étalée et semblent parfois par leur abondance envelopper complètement l'intestin. Nous verrons qu'il existe des torsions de franges sur l'appendice iléo-cœcal : on en trouve en effet à ce niveau de rudimentaires sur deux rangées.

Leur forme est très variable suivant le degré d'adiposité du sujet et le segment colique considéré ;

Les auteurs classiques leur décrivaient des aspects coniques, sacciformes, en massues, lamelliformes, cylindroïdes, lobulés, etc...

Robinson les ramène à deux formes principales : soit des *franges étalées* en feuille de vigne, dont les nervures correspondent aux vaisseaux, soit des *grappes* appendues par un pédicule à la paroi intestinale.

En réalité, sur les côlons maigres, les séro-appendices forment un voile étalé, parfois divisé en deux feuillets de livre ; sur les côlons gras, ce sont des éminences coniques, digitiformes, à sommet plus ou moins renflé, parfois accolé deux par deux par une face commune (Meillère).

Leur *longueur* est très variable et peut aller (Robinson) jusqu'à dix-huit centimètres.

Leur *nombre* total varie de 80 à 100.

Leur *structure histologique* est très simple : ils sont essentiellement formés de gros lobules de graisse entre les mailles de tissu conjonctif lâche.

RAPPORTS.

1° *Avec la paroi.* — Les séro-appendices épiploïques de la face antérieure du côlon sont en rapport avec la paroi abdominale. Ceux des bandes postéro-internes, avec le méso-côlon. Nous verrons la fréquence des incarcerations dans les orifices herniaires (p. 63) ; les séro-appendices du côlon transverse sont seuls en rapport avec l'orifice ombilical. Ceux du sigmoïde et du cœcum, avec les orifices cruraux et inguinaux ; ceux du sigmoïde enfin, avec la fossette sigmoïde.

2° *Avec les vaisseaux.* — Nous verrons tout à l'heure l'importance anatomique de ces vaisseaux droits qui parcourent la base des appendices, car ils assurent, outre la nutrition de la formation graisseuse elle-même, la vascularisation de tout un segment colique, dont le « dégraissage » peut être ainsi fatal s'il est fait sans précaution avant une suture bout à bout (Meillère).

3° *Avec les autres formations adipeuses.* — Les séro-appendices ont été confondus dans l'esprit de beaucoup d'auteurs avec d'autres formations similaires, mais d'importance bien moindre, car elles ne sont pas le siège de vaisseaux importants : Il s'agit d'un long ruban dentelé, près de l'insertion du méso-côlon, simulant une

seconde rangée d'appendices épiploïques et dérivant probablement des franges vélamenteuses du nouveau-né. Elles ont été fort bien mises en évidence par Meil-lère qui leur donne le nom de « *franges adipeuses marginales* ».

4° Avec les diverticules du côlon. — La présence de diverticules est très importante car elle explique certains accidents infectieux à point de départ des franges épiploïques. Le nombre de ces diverticules est relativement restreint eu égard à celui des appendices épiploïques. Pour certains auteurs (Moser), ils se développeraient avec l'âge ; pour d'autres, ils seraient en rapport avec la *stase stercorale*, la *constipation chronique*. Ils se réduisent souvent, comme le dit Cruveilhier, à une « *petite hernie tuniquaire* » qu'il faut parfois rechercher de la pointe d'une sonde cannelée poussée de l'intérieur du côlon vers le point d'implantation d'une frange (Patel). On peut même ne les trouver qu'après une dilatation du côlon et des coupes en série.

Ils ne siègent pas tous à la base d'un appendice épiploïque, ce qui semble prouver qu'ils ne sont pas formés, comme on le croyait, par la traction de celui-ci (Devé).

VAISSEaux ET NERFS.

La notion de la présence de vaisseaux dans les appendices épiploïques est capitale car elle explique certains accidents et certains faits de leur pathologie : alors que les vaisseaux droits courts pénètrent directement dans la sous-séreuse du côlon, les vaisseaux droits longs

pénètrent dans la racine de l'appendice, décrivant sur tout chez l'adulte, mais parfois déjà chez le nouveau-né, une ébauche d'anse qui peut atteindre jusqu'à 5 à 10 millimètres. Ils parcourent ainsi la base de la frange jusqu'à la bandelette distale, le sommet de l'anse étant très près de cette bandelette (Meillère et Folliasson). En outre, cette disposition est constante pour chaque appendice épiploïque, mais il existe aussi des vaisseaux droits longs pénétrant directement sous la séreuse colique sans entrer en rapport direct avec aucune frange.

Les *veines* sont tributaires du système porte.

Les *lymphatiques*, semblables à ceux du péritoine vont rejoindre les troncs du méso-côlon, puis de là, la citerne de Pecquet.

Les *nerfs* viennent des troncs formés des fibres de Remak. Robinson fait remarquer l'insensibilité des séro-appendices « qu'on peut manipuler à volonté ». Cependant, semblables en cela au grand épiploon et aux mésos, ils répondent par une douleur à « caractère sympathique » à la traction et à tout ce qui cause la traction (torsion).

CHAPITRE III

PHYSIOLOGIE ROLE DES APPENDICES EPIPLOÏQUES

Les analogies de constitution et de réaction entre le grand épiploon d'une part, et les appendices épiploïques d'autre part, ont conduit à étudier la physiologie de ceux-ci par l'intermédiaire de celui-là. Déjà les physiologistes les plus anciens attribuaient aux formations graisseuses annexées au tube digestif, un important rôle de protection : protection mécanique surtout contre les traumatismes extérieurs, contre les frottements de la paroi (Fabrice d'Aquapendente, Glisson) ; protection contre la compression inégale des viscères à l'intérieur de la cavité abdominale.

Plus près de nous, Albrecht les compare aux leucocytes pour la défense du péritoine contre les corps étrangers irritants, les liquides toxiques, et les processus infectieux.

De nombreuses expériences faites sur le grand épiploon (Roger Weidenreich), qui prouvent son impor-

tance en tant qu'organe de défense, peuvent être appliquées aux appendices épiploïques.

Ces petits organes adipeux remplissent leur rôle de barrière par deux mécanismes combinés :

- l'afflux sanguin et leucocytaire ;
- leur mobilité propre.

Nous n'insisterons pas sur le premier de ces deux éléments qui n'est pas spécial aux franges graisseuses envisagées puisqu'il se retrouve dans tous les départements de l'organisme, lorsque celui-ci doit lutter contre une infection localisée.

La faculté de mobilisation existe ici au même titre que pour le grand épiploon. Elle a d'ailleurs été mise en évidence par Robinson chez l'individu normal, dans les circonstances physiologiques de la digestion ; « de même qu'on observe, dit-il, pendant la digestion des mouvements du grand tablier épiploïque, de même au cours du péristaltisme colique, on observe des mouvements d'érection alternatifs et successifs des appendices épiploïques : cette érection s'explique d'ailleurs facilement quand on connaît le trajet des vaisseaux droits du côlon à la base de la frange graisseuse (Cf. Chapitre II, p. 19). Elles suppriment la coudure de l'organe et facilitent ainsi la circulation de retour vers la veine mésentérique.

Les appendices épiploïques qui représenteraient l'adaptation de l'épiploon du côlon, auraient ainsi comme lui un rôle hydrodynamique de régulation de la pression sanguine dans les viscères abdominaux (Hoffmann, Robinson).

Quoi qu'il en soit du mécanisme intime de cette motilité, l'existence en est frappante dans certaines lésions des tuniques coliques, à témoin le cas que nous avons publié avec Folliasson à la Société Anatomique (1) : un corps étranger ayant perforé la paroi colique et faisant hernie dans la cavité péritonéale, avait été recouvert par une frange adipeuse complètement repliée sur lui.

Enfin la surcharge graisseuse du côlon et la présence d'appendices épiploïques est certainement liée à une particularité fonctionnelle du gros intestin : la lenteur du transit, la stase stercorale, l'infection latente qui en résulte ; ainsi M. Lardennois, réopérant une malade après colectomie totale et iléo-sigmoïdostomie constata, outre la columnisation de la fin du grêle, la présence à ce niveau de franges graisseuses néoformées, et parcourues de vaisseaux droits.

Certaines des franges coliques servent, nous l'avons vu, de couverture à un petit diverticule. A la lumière des faits précédents leur rôle de protection s'illustre alors encore mieux : elles peuvent être comparées à un véritable lipome pré-herniaire protégeant la petite « hernie tuniquaire » que constitue le diverticule.

Mais les considérations ci-dessus ne doivent pas faire perdre de vue que l'appendice épiploïque constitue aussi pour l'organisme un lieu de réserve graisseuse comme tant d'autres formations analogues : quelques physiologistes, d'ailleurs, ne veulent guère lui reconnaître que ce dernier rôle.

(1) FOLLIASSON et BÉCHET. — Soc. Anatomique, novembre 1931.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique des volvulus de séro-appendices épiploïques a pu être faite facilement et de nombreuses fois par l'examen de l'organe lésé, *in situ* et en coupe microscopique. C'est ainsi qu'on a pu dissocier les torsions vraies intra-abdominales des autres troubles parmi lesquels les incarcérations, les infections ou les adhérences.

Siège des torsions

C'est sur la partie gauche du cadre colique que les appendices sont le plus nombreux, le plus volumineux et le plus longs : cependant ce n'est pas là le seul siège des torsions observées : parmi tous les cas que nous avons pu relever, *dix-huit* sont des torsions de franges siégeant sur le côlon gauche ; parmi elles, presque toutes, *quinze*, étaient tributaires du côlon sigmoïde, peut-être parce que c'est là que les franges atteignent

leurs dimensions les plus considérables. Les *trois* autres torsions, dont celle que nous avons vue nous-même se trouvaient à l'union du côlon descendant et du côlon pelvien ; nous n'en connaissons aucun cas entre l'angle splénique et le côlon iliaque. Pour l'hémi-côlon droit nous notons *quatre* cas de torsions sur le côlon ascendant, un peu au-dessus de la valvule iléo-cœcale, *deux* sur le cœcum, et *trois* sur l'appendice vermiculaire, où pourtant les formations graisseuses n'existent qu'à l'état d'ébauche.

Aspect de la lésion

La frange graisseuse, une fois tordue, présente assez uniformément le même aspect, mais si elle paraît tendue, dure, gonflée, son volume est moindre toutefois que celui des appendices voisins, comme si le volvulus l'avait rétractée sur elle-même (fig. 1).

Elle est comparée suivant les cas à un grain de raisin, une noisette, un haricot. La plus volumineuse est, semble-t-il, celle dont parle Braine (rapport de Mondor à la Société de Chirurgie 11-6-30), puisqu'elle avait la dimension « d'une châtaigne » (fig. 5).

L'infarctus concomitant à la torsion donne à l'organe une couleur rouge pourpre ou presque noire, plus rarement jaune avec des suffusions hémorragiques qui peuvent s'étendre au-delà sur la paroi colique (Colt).

Le *pédicule* est habituellement très petit, voire filiforme, semblant « prêt à se rompre ». Rarement il est plus gros et court comme œdématié et gorgé de sang.

Mode de torsion

Les désordres anatomiques ne sont pas les mêmes suivant que la torsion a été soudaine ou graduelle ; la torsion soudaine est accompagnée de congestion des tissus graisseux avec ou sans hémorragie sous-péritonéale ; ou bien le processus consiste en nécrose avec

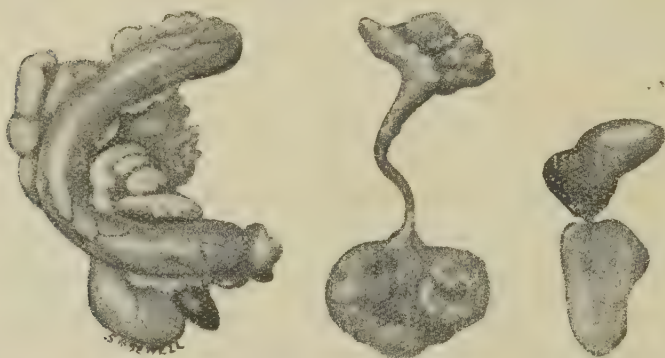


FIG. 1. — D'après Colt (*British J. of Surgery*, Janvier 1932)

(Reproduit avec l'autorisation des Editeurs JOHN WRIGHT et SON, de Bristol).

gangrène complète. La torsion graduelle au contraire, donne une inflammation chronique avec nécrose graisseuse et ischémique décrite cliniquement et reproduite expérimentalement par Fau.

Fau a montré que le stade ultime de cette nécrobiose peut aboutir à une formation kystique qui coïncide cliniquement avec un cas rapporté par Hunt dans lequel une frange épiploïque était devenue kystique et contenait un liquide « jaune paille, huileux ».

Tous les degrés peuvent se voir ; la plupart des torsions sont cependant d'un demi-tour, et ces dernières ne sont d'ailleurs pas celles qui donnent les troubles les moins aigus. Parfois l'enroulement est d'un tour complet (obs. XXII), ou même de plusieurs tours (5 chez le malade de Tierny).

Evolution anatomique

Le processus anatomique aboutit à des états variables :

1) Les crises peuvent se succéder, provoquant l'inflammation superficielle de l'organe tordu, et des adhérences s'en suivent ; adhérences aux franges voisines, aux mésos (Riedel), au péritoine pariétal. Elles ne font d'ailleurs que faciliter l'apparition de crises ultérieures. La malade de Morestin (obs. VII) en est une éclatante illustration: à l'ouverture du péritoine, les adhérences seules étaient visibles, qui masquaient le corps du délit.

2) CORPS ÉTRANGERS LIBRES dans la cavité abdominale. A la suite des torsions successives, de l'ischémie concomitante, le pellicule peut s'amincir jusqu'à être fili-forme et se rompre : la frange grasseuse devient dès lors un *corps étranger intra-péritonéal*.

La connaissance de ces corps étrangers est déjà ancienne, bien plus ancienne que celle des torsions elles-mêmes, puisque le premier cas est une découverte d'autopsie rapportée par Littré en 1703 : il s'agissait d'un « corps dur, de cartilages très blancs ; au centre

une pierre ronde grosse comme un pois ». Puis d'autres furent décrits par Laveran, Chedde, Tomellini.

Mais leur origine ne fut soupçonnée que bien plus tardivement. Cruveilhier (1) les rattache nettement à une production calcifiée partie d'une formation séreuse qui se péliculise et se détache. Deville (Société Anatomique 1851) remarque aussi la présence d'un pédicule et trouve la preuve de leur origine : en même temps que le corps étranger, il y avait « un séro-appendice du côlon transverse, du volume d'une lentille, porté par un pédicule très étroit, altéré comme les corps libres déjà trouvés et prêt à se détacher de la paroi intestinale ». Riedel montra plus tard (1905) que la torsion était une cause fréquente de ces ruptures du pédicule.

Ces corps étrangers peuvent varier de la taille d'un pois à celle d'un œuf de poule ; le plus souvent arrondis, ils sont de structure presque toujours graisseuse, quelquefois fibro-cartilagineux, ou même calcifiés. Pour Virchow, la transformation cartilagineuse s'explique par la formation d'un kyste rempli de liquide graisseux qui, probablement par des combinaisons saponifiantes, donnerait naissance à des acides gras et à des sels calcaires.

Il existe un certain nombre de ces corps étrangers dans la littérature ; comme ils avaient été découverts en marge de l'histoire principale, on ne leur accordait guère d'intérêt, excepté dans la mesure où ils servaient à expliquer des crises abdominales par ailleurs mysté-

(1) *Traité de Pathologie générale*, t. II, p. 131-132

rieuses mais pour lesquelles on présumait un rapport avec un étranglement pédiculaire.

Cependant, si la libération de ces franges reste la plupart du temps silencieuse, elles peuvent être parfois le point de départ d'accident grave : la péritonite.

3) PÉRITONITE. — Vraisemblablement dû à la présence d'un diverticule, l'ensemencement péritonéal semble avoir été toujours très brutal dans son apparition, et la mort est survenue malgré l'intervention. L'agent microbien est variable et multiple puisqu'il provient de la flore intestinale. Riedel, en faisant cultiver un corps étranger, trouva d'ailleurs une fois du colibacille.

4) OCCLUSION. — L'occlusion intestinale est à la vérité rare, en tant que conséquence directe du volvulus d'une frange graisseuse : nous l'avons relevée dans une observation de Riedel (obs. I), mais la cause directe de cette occlusion était un processus de bride et ne résidait donc pas dans la torsion elle-même.

STUCTURE HISTOLOGIQUE

L'examen microscopique de la pièce montre un stroma conjonctif avec thrombose des vaisseaux, sans réaction inflammatoire. Breitländer signale la possibilité d'une infiltration eosinophilique.

LÉSIONS CONNEXES

Bien des auteurs ont insisté sur l'absence de toute autre lésion anatomique que la torsion d'une frange, mais il n'en est pas toujours ainsi.

D'autres appendices épiploïques peuvent être malades. C'est quelquefois un appendice tordu de façon semblable au premier, ou dont la torsion est plus récente, moins avancée (Fenkner, obs. XXIII). Mais la seconde lésion peut siéger aussi à distance, et nous reviendrons d'ailleurs sur la nécessité d'explorer pour cette raison tout le cadre colique. Sans être vraiment tordue, une frange voisine peut être rouge, congestionnée, ce qui constitue peut-être d'ailleurs une amorce de volvulus (obs. XXXVII).

Des signes d'inflammation existent parfois sur le côlon, aux alentours de la lésion principale avec même une exsudation de sérosité : Braine retira chez son malade environ 200 grammes de liquide hématique, foncé qui traduisait nettement la réaction du péritoine.

Cette inflammation de la séreuse est presque toujours accompagnée de parésie intestinale : distension du grêle et du côlon qui s'exprime cliniquement comme nous le verrons par les petits signes d'occlusion réflexe. Klingenstein a constaté une fois une pancréatite hémorragique associée.

CHAPITRE II

ESSAI PATHOGÉNIQUE

La cause intime du phénomène qui nous occupe, la torsion de la frange graisseuse colique, reste très mystérieuse, comme d'ailleurs le mécanisme de toute torsion d'un organe pédiculé quelconque, et nous ne pouvons malheureusement qu'émettre ou redire des hypothèses plausibles mais à peu près invérifiables.

L'existence d'un *foyer d'inflammation* chronique dans le voisinage, générateur d'adhérences, permet d'expliquer facilement la fixation d'une frange en un point du péritoine pariétal par exemple, et la rotation de l'organe autour du point fixé.

Simon et Stulz (*Archives Franco-Belges de Chirurgie*, décembre 1921) étudiant la torsion du grand épiploon, font la remarque (qui peut très bien être appliquée aux appendices épiploïques) que les torsions sont particulièrement fréquentes chez les hernieux. Certains auteurs, comme Riedel, attribuent une telle importance à la hernie préalable, qu'ils se demandent si il n'existe pas tou-

jours, même dans les cas de torsions abdominales pures, une hernie ou une amorce de hernie qui serait passée inaperçue. Cette conception est sans doute exagérée mais il est certain que la présence d'un sac, surtout d'un sac inguinal aide fort à la compréhension du mécanisme : longueur du canal inguinal parfois tordu légèrement sur lui-même, influence du taxis, irritation par le port d'un bandage qui détermine un pelotonnement en amas des formations épiploïques.

Les hernies prédisposent donc aux torsions épiploïques mais il existe indiscutablement des accidents de torsion en dehors de toute hernie, et loin de tout orifice herniaire. Aussi, pour Simon et Stulz il convient de ne retenir de toutes les théories précédentes que le fait de la prédisposition à l'omento-volvulus par les modifications chroniques, les pelotonnements de l'épiploon.

Les observations abondent qui révélèrent la présence d'une frange colique tordue sans qu'il y ait aucune autre lésion visible, en particulier aucune adhérence même minime qui puisse expliquer le phénomène. Que faut-il penser du rôle qu'on a voulu faire jouer au péristaltisme, aux changements de pression intra-abdominale, à la réplétion ou déplétion brusques de l'intestin, à la contraction brusque de la sangle abdominale ? Ces faits cadrent bien avec certaines éventualités ; mais ne suffisent pas à nous éclairer de même qu'ils ne suffisent pas à expliquer toutes les torsions des autres viscères abdominaux.

Nous retiendrons deux faits expérimentaux étudiés surtout par Payr :

1) MODIFICATION DE PRESSION DANS LES VAISSEAUX DE L'ORGANE PÉDICULÉ. — Pour illustrer cette expérience Payr se servait d'une sorte de « fantôme » (fig. 2).

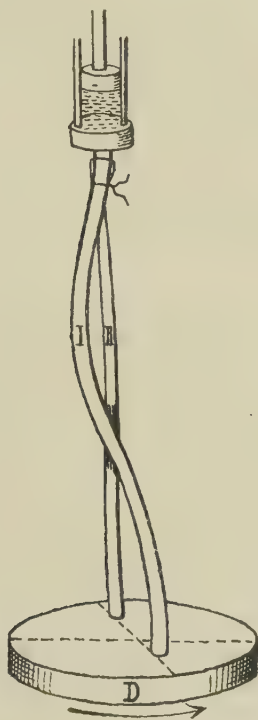


FIG. 2. — D'après Payr, modifié par Simen et Stulz
(*Archives franco-belges de Chirurgie*, n° 3 de 1921)

(Reproduit avec l'autorisation de l'Editeur le D^r MOREAU, de Bruxelles)

Lorsqu'on élève la pression dans les deux tubes en poussant sur le piston, le tube I, élastique, s'allonge et s'enroule autour du tube II, rigide, entraînant une rotation du disque D.

Payr réalisa cette expérience chez l'animal en liant les veines tributaires d'un segment de grand épiploon : sur huit sujets, quatre présentèrent une torsion des pelotons épiploïques sur eux-mêmes.

Litthauer, reprenant ces expériences, fit remarquer que la formation ainsi réalisée *d'amas épiploïques* avec pédicule allongé était *plus importante que la modification de pression veineuse*.

2^o INÉGAL ACCROISSEMENT DE VOLUME DE L'ORGANE (ROKITANSKY).

Payr avait mis au point pour en montrer l'importance une autre expérience d'ailleurs assez complète : il réalisait, au moyen d'une combinaison chimique *in situ* une sorte de kyste gazeux qui, en déplaçant le centre de gravité, produisit des torsions vérifiées. L'accroissement inégal de volume se fait spontanément par la *surcharge graisseuse progressive*, constante chez de tels malades, et c'est probablement elle qui joue un rôle de premier ordre surtout quand la « tumeur », devenant plus lourde, allonge de plus en plus son pédicule.

Enfin Simon et Stulz font remarquer que si cliniquement, les accidents sont souvent d'ordre aigu, la torsion elle-même semble s'être constituée lentement, presque silencieusement. Elle ne devient bruyante que lorsque l'étranglement vasculaire est constitué. C'est ce qui explique peut-être qu'on retrouve si souvent dans les antécédents de ces malades des douleurs passagères, des malaises ou des troubles fonctionnels légers.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

I. — Conditions étiologiques

1°. — Causes prédisposantes

Parmi toutes les conditions qui semblent pouvoir régir la pathologie et plus particulièrement la torsion des franges épiploïques, les causes dites prédisposantes sont celles qui apparaissent le plus clairement à la lumière des faits observés : un facteur surtout primordial : L'OBÉSITÉ DU SUJET : elle a été notée par presque tous les auteurs soit d'un façon implicite à propos de difficulté de palper l'abdomen à travers une paroi très grasse ; comme Johanson (obs. XXII), Fenkner (obs. XXIII), soit de façon plus précise par d'autres chirurgiens qui en font la remarque au cours de la laparotomie. Nous relevons l'obésité presque constamment dans les observations colligées. Knoflach la rapproche de la surcharge graisseuse du grand épiploon comme cause des torsions de cet organe. Braine de son côté

souligne que son malade était « robuste et gros mangeur ». Enfin Mocquot (obs. XXXI) trouve une de ces torsions chez un garçon de quinze qui présentait un *syndrome adiposo-génital*. Nous avons vu (p. 36) en étudiant les mécanismes possibles des torsions quel rôle important peut en effet jouer au niveau des formations épiploïques cette surcharge adipeuse qui augmente parallèlement à l'obésité générale de l'organisme.

Peut-être n'est-ce pas là le seul état favorable aux torsions : certaines *affections antérieures* ou *contemporaines* peuvent certainement y prédisposer :

a) d'une part les inflammations chroniques du péritoine créatrices d'adhérences, et particulièrement l'appendicite (Knoflach);

b) d'autre part la présence d'une hernie qui modifie la statique des viscères abdominaux.

Il ne faut pas perdre de vue cependant que la première de ces causes n'a été qu'exceptionnellement notée, et que la seconde forme un chapitre tout à fait à part dans la pathologie des franges épiploïques. Enfin la plupart des cas publiés montre que le « corpus delicti » est libre de toute adhérence à sa surface.

Peut-on encore invoquer l'influence du *sexe* et de l'*âge* ? Nous ne le croyons pas. Parmi toutes nos observations, nous trouvons 18 femmes et 16 hommes, ce qui, pour un nombre aussi restreint, n'a guère de signification (Johanson trouvait au contraire 9 femmes et 11 hommes dans les observations publiées avant 1924). Quant à l'âge, il s'étend entre *trente* et *soixante-dix* ans, avec un maximum autour de trente-cinq, qua-

rante ans, si l'on met à part le malade de Mocquot, plus jeune (15 ans) mais atteint d'une affection endocrinienne.

2° Causes déterminantes

Elles sont beaucoup plus difficiles à mettre en évidence que les précédentes, parce que plus polymorphes, plus obscures ; la plupart d'entre elles sont citées plutôt comme des hypothèses que comme des faits positifs : on invoque tour à tour l'influence d'un *mouvement brusque*, d'un *effort* avec contraction soudaine de la sangle abdominale. Attachons plus d'importance à tout ce qui modifie brusquement la vacuité ou la plénitude de l'abdomen : la malade de Morestin (obs. VII) a commencé de souffrir au troisième mois d'une grossesse ; la nôtre faisait remonter le début assez aigu des troubles à son dernier accouchement. Braine et quelques autres ont vu l'accident se produire après un copieux repas.

Mais sans doute cette cause directe manque-t-elle souvent de netteté, car elle n'est pas à bien loin près toujours indiquée et probablement l'accident de torsion proprement dit est alors dû à une cause plus intime qui échappe à l'observation.

II. — Symptômes

Le syndrome clinique qui traduit la torsion d'une frange épiploïque peut être varié à l'infini suivant les antécédents morbides du sujet, l'importance apparente

de troubles plus ou moins trompeurs. Tantôt le retentissement péritonéal, tantôt l'atteinte de l'état général semble au premier plan, mais toujours, et surtout dans les formes aiguës les plus connues, un signe domine le tableau : c'est la *douleur* : élément primordial qu'on retrouve dès le début de la maladie, c'est sur lui que le malade attire tout de suite l'attention : *la torsion de frange épiploïque du côlon consiste essentiellement en un syndrome abdominal douloureux* dont nous passerons en revue les caractéristiques.

1° la douleur

INTENSITÉ. — Dans toutes les formes aiguës ou subaiguës, que nous envisageons plus particulièrement dans ce chapitre, l'intensité, *l'acuité*, de la douleur est le premier caractère qui frappe ; et cette acuité a d'autant plus attiré l'attention des observateurs qu'elle se rapportait à une lésion anatomique minime : Mondor commentant à la Société de Chirurgie le cas publié par Braine (obs. XXVI) fait le rapprochement entre ces « *torsions modiques* » et d'autres microtorsions qui peuvent, tout comme les torsions d'organes importants, donner lieu à des syndromes cliniques impressionnants » (1).

Le malade se plaint d'une douleur insupportable qui rend impossible la position debout ou assise (Kno-

(1) Telles sont : un syndrome de rupture de grossesse tubaire par torsion d'une hydatide pédiculée (Okinczyc). Un tableau d'appendicite aiguë par torsion d'hydatide pédiculée de Morgagni (Abernethy). Un syndrome abdominal aigu par torsion d'un petit kyste sur une trompe (Fenkner).

flach). Au moment où elle est le plus violente, elle évoque dans l'imagination du patient tout un luxe de comparaisons : brûlures, déchirure, coliques, qu'il cherche à atténuer par un changement continuel d'attitudes.

Ou bien, sans atteindre à ce degré, les phénomènes douloureux simulent davantage une appendicite par leur allure continue, pongitive, à type de « pesanteur abdominale » (Colt).

MODALITÉS. — Cette douleur n'est pas univoque, égale à elle-même, et elle peut subir des variations importantes. Elle est, nous l'avons vu, comme d'ailleurs toute douleur de crise ; *intermittente* (Taylor), soit entrecoupée de calme complet, soit aggravée de *paroxysmes soudains* sur un fond de souffrance continue (Braine).

Ces recrudescentes peuvent naître périodiquement, sans causes nettes ; chez le malade de Taylor elles étaient réveillées par l'ingestion d'aliments (obs. XXXII), mais on est surtout frappé par l'influence quasi constante de *l'attitude* et des *mouvements*.

L'ATTITUDE la plus tolérable est le décubitus dorsal, les cuisses demi-fléchies sur le bassin (Zöppritz). Toute autre position, en particulier la position *debout* ou *assise*, ainsi que les moindres *mouvements spontanés* déterminent une réapparition de la crise douloureuse. Morestin insiste même sur ce fait que son malade souffrait à peine dans l'immobilité. Le même détail est noté explicitement par Stutte (obs. XXVII) et Klingenstein en fait un élément de diagnostic : c'est en effet à notre avis un des caractères qui distingue le plus nettement cette crise de la crise appendiculaire, avec laquelle elle est si

souvent confondue ; il la rapproche au contraire d'autres syndromes à prédominance spasmodique (colique hépatique, colique néphrétique) ou d'autres phénomènes de torsion (trompe).

Enfin le caractère et l'acuité des douleurs sont, bien entendu, modifiés par le palper : l'examen est toujours pénible, et dans des crises peu intenses il révèle toujours un paroxysme dont l'importance contraste avec la pauvreté du reste du tableau clinique (Breitländer).

SIÈGE. — Notons un premier point : où que siège la lésion, la région douloureuse (spontanément et mieux encore par le fait de l'examen) est très localisée, et définie d'une façon très précise par le patient quand il ne s'agit pas, bien entendu, de torsions compliquées de réactions péritonéales (Stutte, obs. XXVII). Dans le plus grand nombre de cas, c'est un point douloureux maximum dans la fosse iliaque gauche (Johansson) ; le malade opéré par Braine souffrait nettement dans le flanc gauche, mais avec bientôt des irradiations multiples (cette particularité paraît très rare). Très souvent aussi la douleur exquise est à droite, « *au-dessus du point de Mac Burney* » (Knoflach, Bender, Breitländer, Stutte). Ailleurs c'est une douleur épigastrique (Taylor), péri-ombilicale (Zöppritz), lombaire (Colt, obs XXXV). Ces régions douloureuses correspondent comme nous l'avons vu à l'ordre de fréquence de localisations des torsions épiploïques sur l'ensemble du côlon : il est cependant intéressant de remarquer que si, habituellement, le maximum de sensibilité coïncide avec la topo-

graphie de l'appendice en cause, elle n'est pas nécessairement limitée au point de torsion.

La douleur peut même être localisée quand la torsion se fait sur un appendice sigmoïde (Klingenstein). Cela s'explique peut-être par la disposition en « anse » du sigmoïde rabattu sur la droite presque au devant du cæcum (obs. XXVII et XXXV). De même un malade de l'observation XXXII présentait un syndrome douloureux *épigastrique* : à l'opération on découvrit un appendice *sigmoïde* tordu.

2) Signes de second plan.

A l'élément douleur viennent s'ajouter en nombre et en importance très variable d'autres troubles qui donnent à chaque crise sa physionomie suivant leur association et leur « dosage ».

NAUSÉES ET VOMISSEMENTS. — Malgré l'acuité de la souffrance, les nausées mêmes légères sont loin d'être la règle. Nous ne les avons guère relevées que chez les malades de Bender (obs. XX), de Knoflach (obs. XXI) et de Stutte ; encore ce dernier insiste-t-il sur leur minime importance : c'est certainement un des éléments — négatif — qui contribue chez la plupart à donner au tableau une allure assez favorable.

Ailleurs cependant, des vomissements se sont ajoutés aux nausées, marquant certainement une réaction inflammatoire ou seulement un *réflexe péritonéal* sans qu'il y ait infection vraie de la séreuse. Citons en particulier la malade de Taylor qui ne pouvait supporter l'ingestion d'aucun aliment : c'est presque le seul cas

que nous ayons retrouvé d'une pareille intolérance gastrique ; citons encore la troisième observation de Colt où les vomissements se sont répétés plusieurs fois à des intervalles de quelques heures ; le malade de Braine enfin qui représente assez bien la forme très aiguë et dramatique de l'affection.

TROUBLES DU TRANSIT INTESTINAL. — D'autres torsions de franges font ressortir de façon plus précise encore la *note occlusive*. Nous voulons entendre par là non pas tant l'occlusion vraie que surtout l'*iléus réflexe*. Au maximum, il s'agit d'un patient que l'on est appelé à examiner à examiner d'urgence pour une « occlusion intestinale ».

Pour le malade de Braine, l'arrêt des matières et des gaz était complet, et cet arrêt résumait à première vue toute l'histoire. La première malade de Knoflach schématise au contraire une obstruction plus lente mais progressivement complète qui durait depuis trois semaines. En tous cas, il ressort de la lecture du plus grand nombre des observations que l'iléus n'apparaît nullement inquiétant et évoque seulement l'idée de *spasme* ou de *paralysie* coliques.

Les troubles du transit peuvent être d'ailleurs d'un ordre encore plus discret et le patient accuse seulement une « crise de constipation ». Une seule fois nous avons trouvé une exception à cette règle : la malade une femme de 50 ans (obs. XXXII), présentait de la diarrhée alors que le fonctionnement intestinal avait été jusque-là toujours régulier.

Comme dans toute crise abdominale, un symptôme

inhabituel vient émailler parfois le tableau : c'est ainsi que deux fois, par Stutte et par Colt, de la *pollakyurie* a été remarquée, peu intense.

Nous voudrions dire également un mot du *melæna*. Il est très rare ; une fois, noté par Colt (obs. XXXV), il n'était qu'épiphénomène, puisqu'il s'agissait de sang évacué par un lavement. L'autre cas sur lequel nous reviendrons plus en détail aux formes cliniques chroniques est celui par nous observé : le *melæna* fut alors le signe d'alarme, et resta au premier plan, orientant le diagnostic sur de fausses pistes, pendant longtemps.

3) Notions d'antécédents.

Il est à peine besoin d'interroger pour s'apercevoir que la crise actuelle n'est pas arrivée d'emblée à son acmé sans que rien eût fait soupçonner auparavant (et de longue date) quelque état abdominal chronique. Deux sortes de symptômes peuvent être ainsi mises en évidence, qui ne sont d'ailleurs que deux degrés d'un même ordre de lésions : une *constipation rebelle*, et des *crises larvées*.

La *constipation*, nous l'avons vu, accompagne le cortège habituel des troubles fonctionnels, mais elle existait souvent depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, soit de façon continue (Morestin, Knoflach), soit alternant avec des périodes d'évacuation normale : le première malade de Colt par exemple (obs. XXXIII), présentait « depuis 5 ans de fortes crises de constipation ».

La notion bien plus fréquente, dans les antécédents,

de véritables *crises mineures* présente à notre avis un intérêt autrement grand analogue à celui qu'aurait dans le néoplasme du gros intestin l'existence de petites crises coliques répétées avant l'occlusion définitive. De même que la constipation, ces crises peuvent être séparées d'intervalles absolument *silencieux*, ou bien au contraire, émergent d'un *fond de douleur continue* : pour ne prendre que les exemples les plus caractéristiques, la malade de l'observation XXXII avait eu une crise absolument semblable à celle qui motiva son examen. De même la deuxième malade de Knoflach, au point qu'elle avait subi une première laparotomie mais sans résultat, la vraie lésion étant restée méconnue. L'observation de Morestin (obs. VII) fait remonter la première crise à 9 ans, une seconde 2 ans après qui fit décider une intervention mais l'acte opératoire s'était borné à l'ablation d'un kyste ovarien et les souffrances continuèrent. Enfin Johansson cite une observation de Pochhammer où la malade souffrait depuis dix-huit ans.

4) Atteinte de l'état général.

Voilà donc les principaux signes, les troubles actuels ou passés sur lesquels le patient attire l'attention avant même le début de l'examen. Ainsi sont-ils d'une acuité et d'une importance essentiellement diverse, mais mis à part quelques formes tout à fait bénignes ou insidieuses, ils ne vont pas, ne serait-ce qu'à cause du seul élément *douleur*, sans un retentissement sur l'état général ; quelques témoins de ce retentissement sont évidents et d'autres demandent à être recherchés.

La douleur a sa répercussion dans l'attitude générale, le facies surtout que plusieurs auteurs notent pâle, angoissé au moment des crises, baigné de sueur à l'arrivée de la phase de calme. Mais nous avons été frappé, et d'autres avant nous, en revoyant les divers documents, de l'inconstance souvent paradoxale des *phénomènes thermiques*, ou de leur discordance avec le reste du tableau ou l'importance de la lésion.

Dans un bon nombre de cas, la température reste autour de 37, alors que le syndrome abdominal est franchement aigu. Des deux malades de Knoflach la première avait une température sub-normale, la seconde avait 36°8 ; cependant la netteté des autres signes fit penser malgré tout à une appendicite : rappelons à ce propos que toute appendicite d'allure aiguë, si elle ne s'accompagne d'aucune *réaction thermique* doit éveiller la méfiance quant à la certitude du diagnostic et il conviendra de se souvenir de ce détail lors de l'intervention. Dans l'observation XXIV et dans l'observation XXV le contraste entre ces deux éléments de diagnostic était encore plus frappant, et avait retenu l'attention des deux auteurs (Fenkner, Breitländer).

L'erreur est encore plus excusable quand la torsion s'accompagnant d'une réaction péritonéale bénigne, détermine une élévation thermique entre 38 et 39°.

Par contre, si cette fièvre élevée cadre mieux avec le reste du tableau elle s'oppose à l'insignifiance anatomique de la lésion. Mocquot rapporte dans ce sens une observation de Vuillème : il hésite à croire la frange épiploïque seule responsable d'une température à 40°,

mais, discutant quelques semaines plus tard un cas tout à fait parallèle, il admet que les nécroses aseptiques peuvent donner une forte élévation thermique, comme d'ailleurs « d'autres torsions modiques », probablement par résorption toxique à travers la séreuse péritonéale et les vaisseaux. On comprend ainsi la courbe fébrile élevée que présentait le malade de Braine puisque la cavité péritonéale contenait un abondant liquide transsudé.

Le *pouls* suit la température sans présenter de caractères particuliers, sauf à l'acmé des crises très violentes.

La *langue* peut être saburrale (Colt) ; ailleurs, où le retentissement intestinal est minime, elle reste humide et propre (Stutte).

L'examen des *urines* ne révèle pas, au moins par les tests les plus courants (albumine, sucre) de retentissement rénal.

Il fallut un cas subaigu (obs. XXIV) pour que Knoflach fit un examen de sang il signale une *leucocytose subnormale*. Une autre fois elle s'est montrée même abaissée à 5700 éléments par millimètre cube (Breitländer).

5) Examen somatique.

Les renseignements fournis par l'examen de l'abdomen ne sont pas suffisants en netteté et en nombre pour permettre de trancher à eux seuls un diagnostic hésitant.

Nous avons déjà vu (page 41) les caractères de la douleur et surtout de la douleur spontanée. Il est néces-

saire de la comparer à la *douleur provoquée* par la palpation ou la pression. Elle permet souvent d'en préciser mieux le siège quand les sensations accusées sont restées vagues jusque là. Très souvent, avec un doigt on détermine facilement un *maximum exquisément sensible* dans une région endolorie, et, fait remarquable, ce maximum est *localisé à une très petite zone* : dans l'hypocondre gauche, ou sur la ligne ombilico-iliaque droite, près de l'ombilic. Nous savons déjà que dans l'immobilité l'indolence était relative et nombreuses observations montrent la moindre excitation (dont le palper) suffit à déclancher une nouvelle crise ou à redoubler la douleur.

De toutes les données tirées de l'examen somatique, la *contracture* est peut-être la moins schématique, la plus inconstante, et la plus paradoxale. Parmi toutes les observations du même ordre de gravité où est mentionnée la recherche de la défense musculaire nous en relevons onze où elle est absente, et sept où elle existe depuis la défense légère et localisée à un des muscles droits (obs. XXVIII), jusqu'à la contracture nette ; mais on ne trouve pour ainsi dire jamais, en dehors de la péritonite bien entendu, la grande contracture invincible, accompagnée des autres signes satellites ; hyperesthésie cutanée, immobilité respiratoire, et cela, quelle que soit l'intensité, l'acuité de la crise.

Par contre, si on ne peut guère compter sur les signes précédents, témoins de la souffrance du péritoine, le *météorisme* et le *tympanisme* dus à la parésie ou au spasme intestinal sont beaucoup plus fidèles. Les phénomènes

de sub-occlusion réflexe sont signalés plus ou moins explicitement par les auteurs : sous forme de constipation rebelle par crise dans les cas bénins, de sonorité diffuse, ou localisée à la région pré-hépatique, de gêne à l'émission des gaz, d'état de spasme colique à l'ouverture de l'abdomen ; mais ils peuvent être bien plus dramatiques, composant le principal du tableau clinique : tel le malade de Braine dont l'abdomen était « météorisé dans son ensemble, régulièrement et considérablement distendu dans tous ses segments » au point que le diagnostic qui s'imposait était celui d'une occlusion. C'est aussi le diagnostic qui avait été posé ferme pour la première observation que rapporte Fenkner : occlusion aiguë, aboutissant d'une obstruction chronique.

Cependant un point a retenu l'attention de plusieurs auteurs : c'est *l'absence de tout mouvement péristaltique*, même au point douloureux maximum, ce qui signe la nature réflexe, paralytique surtout de tels iléus.

Est-il besoin de dire qu'on ne perçoit jamais au palper aucune trace directe de la lésion, puisqu'il s'agit de la torsion d'un organe de dimension minime. Pourtant Morestin signale qu'en pratiquant un toucher vaginal combiné au palper abdominal, une masse douloureuse était nettement perceptible (un gros œuf), accolée sur la face latérale de l'utérus. Elle correspondait bien à la frange tordue trouvée lors de l'intervention mais celle-ci était entourée d'une gangue d'adhérences inflammatoires qui donnaient un volume apparent très considérable par rapport à la lésion elle-même.

6) **Recherches complémentaires.**

Peu d'explorations peuvent utilement servir de complément aux renseignements cliniques pourtant pauvres, et ce n'est que dans des formes insidieuses, bénignes qu'un *examen radiologique* a pu être demandé ; il a montré par exemple lors d'une crise douloureuse para-ombilicale une sensibilité très vive correspondant à la topographie de la base cœcale : à l'intervention, une frange de l'appendice était tordue (Knoflach).

En somme, la traduction clinique des torsions de séro-appendices épiploïques n'a rien d'un syndrome bien défini, cohérent, univoque qui permet de résumer le tableau en deux ou trois signes cardinaux concordants : c'est un syndrome au contraire protéiforme, et déconcertant par la variabilité de ses divers éléments. Une seule chose reste cependant capitale : l'importance de la *douleur* tant par son intensité que par sa localisation ses irradiations et ses modalités. En outre nous pouvons tenter de grouper les différentes formes rencontrées en : 1) crise à *type d'occlusion réflexe*, où la douleur, les vomissements, le météorisme dominant ; 2) crise à *type péritonéal*, où la contracture, le syndrome fébrile sont plus nets.

III. — **Évolution, complications**

Par bonheur si le diagnostic n'a pu jamais être précisé par l'examen, l'indication d'intervenir est suffisamment nette, et c'est toujours la conduite qui fut adoptée dans

les torsions aiguës et même dans des formes plus lentes.

Sinon, que serait-il advenu ? La plupart de ces malades n'en étaient pas à leur première crise : de semblables accidents étaient survenus depuis plusieurs mois ou années. Quelques-uns de ces accidents avaient été aussi aigus que le dernier, puis le calme s'était rétabli laissant un « fond douloureux chronique ». Ces phénomènes devaient traduire des « accidents de torsion en plusieurs temps » et il est probable que la crise à l'occasion de laquelle on opère le sujet se serait terminée de la même façon en laissant une sorte d'état de douleurs subintrantes.

Mais les crises se répètent et la frange épiploïque peut se détacher, devenue *corps étranger libre* dans la cavité péritonéale ; c'est comme nous l'avons vu, plus une transformation anatomique qu'une évolution clinique puisque ces corps étrangers restent habituellement silencieux, découverte fortuite d'intervention ou d'autopsie (Cf. *Anat. Path.*, p. 29).

Pourtant leur libération peut être le point de départ d'une complication : la péritonite.

PÉRITONITE. — A vrai dire, la péritonite confirmée, purulente, apparaît rare, comparativement au nombre des torsions connues. Mais elle existe certainement puisque la cause anatomique a toujours été retrouvée d'une façon indubitable, soit à l'intervention, soit à l'autopsie. Ce sont des péritonites très graves si l'on en juge par les résultats des cas connus : tous ceux que nous avons relevés, sauf un (obs. XVIII) ont été mortels

en quelques heures. Cliniquement le seul diagnostic que l'on puisse faire est celui de péritonite aiguë, et les notions d'antécédents ne peuvent l'emporter, soit qu'ils aient passé complètement inaperçus, soit qu'ils ne pa-

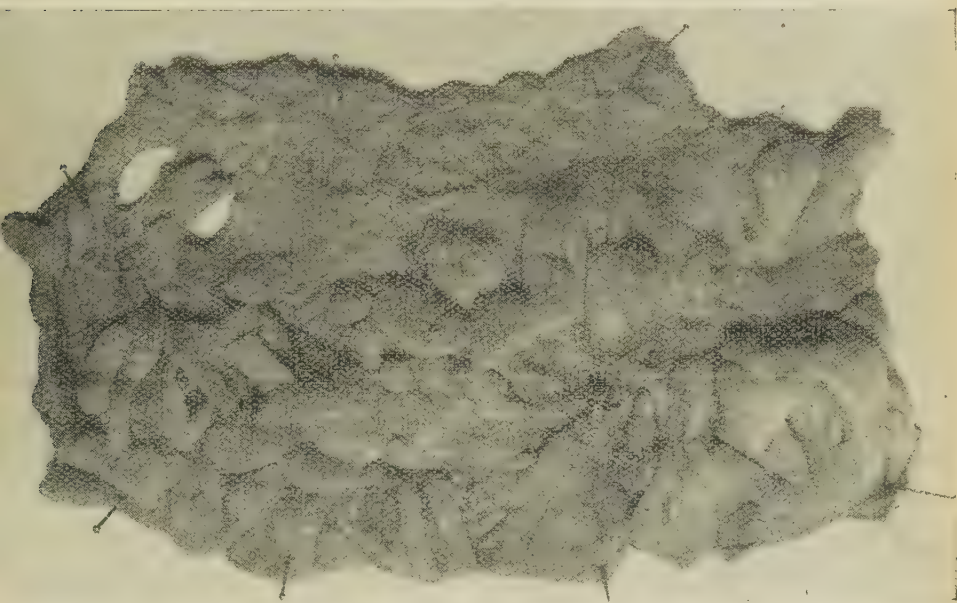


FIG. 3. — Cliché de la *Presse Médicale*, n° 53, 1931

(Mis obligeamment à notre disposition par MM. MASSON et C^{ie}, éditeurs)

raissent pas directement en relation avec l'affection présente.

Lors de l'intervention, on trouve au minimum — c'est le cas de Forssner — un appendice épiploïque, non encore rompu, mais nécrosé et gangrené : la péritonite s'est alors transmise par propagation à la grande cavité. Dans l'observation en question, l'appendice était

entouré de fortes adhérences inflammatoires, éventualité heureuse qui avait retardé la dissémination microbienne.

Ailleurs l'appendice épiploïque était complètement détaché : c'est ainsi que Riedel (obs. XXXVIII) opérant pour une péritonite, trouva un corps étranger libre dans le péritoine, dont l'origine fut reconnue épiploïque et dont, dit-il, le stade de torsion avait été silencieux.

Bien plus, l'observation rapportée par Bensaude, Faure-Beaulieu et Cain dans la *Presse Médicale*, montre que les auteurs, devant une péritonite « par ulcération externe » du sigmoïde avec intégrité de la muqueuse, remontèrent à la cause : torsion d'une frange épiploïque, suivie de nécrose en cratère dont le fond est situé vers la muqueuse (fig. 3).

Nous connaissons la possibilité d'un diverticule (rappel anatomique, p. 20) à la base de certaines franges épiploïques : s'ils ne sont pas indispensables pour expliquer la production d'une péritonite (péritonite par propagation lymphatique) l'un d'eux devait être cependant le point de départ de la péritonite post-opératoire signalée dans l'observation de Frank.

OCCCLUSION INTESTINALE. — L'occlusion vraie, organique, est au contraire une rare complication. Nous ne l'avons relevée qu'une fois où il fallut un concours de circonstances vraiment indépendantes : Riedel (obs. I) trouva à l'intervention pour occlusion aiguë, un long appendice épiploïque plusieurs fois tordu, dont la base siégeait sur le côlon ascendant, et dont la pointe adhère-

rait au mésentère. Le pédicule formait une bride devant la fin de l'iléon et déterminait ainsi l'arrêt complet du transit intestinal. Une autre fois, Ebner eut l'occasion d'observer une occlusion dans les mêmes conditions, mais une thrombose mésentérique était la principale cause pour l'auteur.

IV. — **Formes cliniques**

Nous venons de passer en revue les éléments d'un tableau clinique correspondant au mode aigu de torsions des franges épiploïques du côlon. Quoique ces formes aiguës soient déjà bien connues et plusieurs fois décrites, nous nous sommes attardé à l'analyse de leurs symptômes et à la critique de leur valeur respective, parce que c'est dans ces torsions bruyantes, franches, qu'ils sont le plus nets, le plus schématiques et le plus faciles à mettre en valeur.

Mais elles ne représentent pas toute l'histoire de l'affection qui nous occupe. L'énumération de toutes les formes dites symptomatiques, où la prépondérance d'un signe attire d'emblée l'attention, n'a guère qu'un intérêt de documentation et ne nous arrêtera pas car nous pourrions ainsi décrire autant de formes différentes qu'il y a de symptômes dans l'affection : telles sont, pour ne retenir que les principales, les torsions avec diarrhée, avec vomissements, avec hémorragies, les formes récidivantes, à répétition, les formes occlusives.

Nous voudrions plutôt opposer à ce tableau celui des

formes subaiguës et des formes chroniques, auxquelles il semble qu'on se soit jusqu'ici peu arrêté.

L'affection prend sans doute moins souvent cette allure insidieuse et bâtarde, c'est pourquoi elle est moins connue sous cette forme. En outre, il y a à sa méconnaissance une autre raison : le diagnostic, déjà hasardeux dans les formes aiguës, est ici l'objet d'erreurs encore plus considérables : Aucun incident alarmant ne vient provoquer l'intervention révélatrice, et ces malades sont soignés indéfiniment pour les affections « médicales » les plus diverses. Nous avons eu la chance d'observer, lorsque nous étions interne du Dr Chifoliau une de ces torsions d'allure chronique et c'est elle que nous aurons plus particulièrement en vue dans ce chapitre, tenté que nous sommes de lui donner une individualité.

FORMES SUBAIGUES ET CHRONIQUES. — Les *antécédents* abdominaux remontent souvent très loin ; ce sont des malades qui « souffrent du ventre » depuis des mois, des années, et ces troubles allant parfois en s'atténuant, ils finissent presque par s'habituer à leur mal. D'ailleurs les commémoratifs sont souvent complexes, intriqués avec les notions d'autres affections antérieures (entéro-colite, cholécystite, gastrite) et l'on ne peut alors démêler l'origine de ces troubles multiples.

Le *syndrome douloureux* peut être caractérisé par une succession de petites crises, où la localisation est moins précise, plus variable que dans les formes dites aiguës. C'était le cas de notre malade qui depuis plusieurs mois avant son entrée à l'hôpital était réveillé presque toutes

les nuits par des « coliques » qui durent une à deux heures.

Mais tout peut se résumer à un état douloureux, une sensation de pesanteur vague, dont l'intensité ne varie que lentement, pendant une période de plusieurs semaines par exemple (Colt).

Les petites *crises d'occlusion* sont absentes, mais la constipation chronique, opiniâtre, aboutissant d'un état constitué de longue date, est un fait que nous avons relevé dans maintes observations, et qui nous avait frappé aussi chez notre malade.

Elle aussi s'exagère à des intervalles qui correspondent aux périodes douloureuses.

Le petit cortège symptomatique qui accompagne habituellement les formes occlusives ne se retrouve pas ici, mais il peut se surajouter un fait inattendu, trompeur : nous voulons parler ici plus particulièrement des hémorragies qui ont illustré l'histoire de notre malade personnelle.

Obs. XXXVII (Inédite). — F..., 35 ans. Entrée à l'hôpital Saint-Louis dans le service du Docteur Chifoliau le 15 septembre 1931, pour un syndrome abdominal douloureux. Le début de l'affection remonte à 1921, à l'époque d'un accouchement : à ce moment la malade se plaignait de douleurs abdominales basses, surtout marquées à gauche : le diagnostic d'annexite fut posé. Progressivement à partir de 1925 le caractère des douleurs se modifie : elles siègent alors dans l'hypocondre gauche, sous le rebord costal, irradiant en arrière. Elles sont continues, sous forme de pesanteur, mais présentant des paroxysmes avec des nausées et même

du ténésme rectal. La malade s'aperçoit à cette époque que ses selles sont *striées de sang rouge* mélangé à des caillots noirâtres. En outre de faux-besoins aboutissent à l'évacuation d'un peu de sang. On pose alors le diagnostic d'*hémorroides*. De 1926 à 1929 les mêmes symptômes se répètent avec parfois exagération des coliques qui aboutissent à une émission presque quotidienne de sang. Depuis quelques mois les troubles se sont précisés, les crises se répètent toutes les nuits et se calment après une selle sanglante souvent très abondante au dire de la malade.

Lors de l'entrée à l'hôpital on pratique une rectoscopie qui ne décèle aucune altération importante de l'ampoule rectale et ne montre que deux bouquets hémorroïdaires dont on fait l'ablation, quelques jours après, sans résultat d'ailleurs.

L'examen somatique est à peu près négatif : douleur très légère au palper de l'hypocondre gauche ; pas de contracture appréciable. L'état général est bon ; la malade est très grasse ce qui rend l'examen très imprécis.

Exploration radiologique du côlon. Un lavement opaque remplit rapidement tout le cadre colique. La douleur signalée par la malade au palper sous l'écran trouve sa topographie précisée à l'union du côlon descendant et du sigmoïde en un point où le calibre paraît très nettement diminué et déformé en sablier.

Intervention le 26-9-34. Laparotomie transversale au niveau de l'ombilic. On ne trouve après exploration de la région suspecte qu'une frange épiploïque tordue que l'on enlève très simplement en jetant une ligature sur le pédicule. La frange voisine est rouge et très vascularisée (fig. 4). L'exploration du côlon transverse et du côlon pelvien est négative.

Examen histologique : épiploïte subaiguë avec réaction inflammatoire banale du tissu graisseux.

Bien portante jusqu'au mois d'août 1934. De nouvelles

douleurs déterminent une opération itérative en septembre : quelques brides sur le colon, mais pas de torsion de franges.

Ces hémorragies rectales avaient dans le cas présent un intérêt primordial, car elles étaient presque la seule

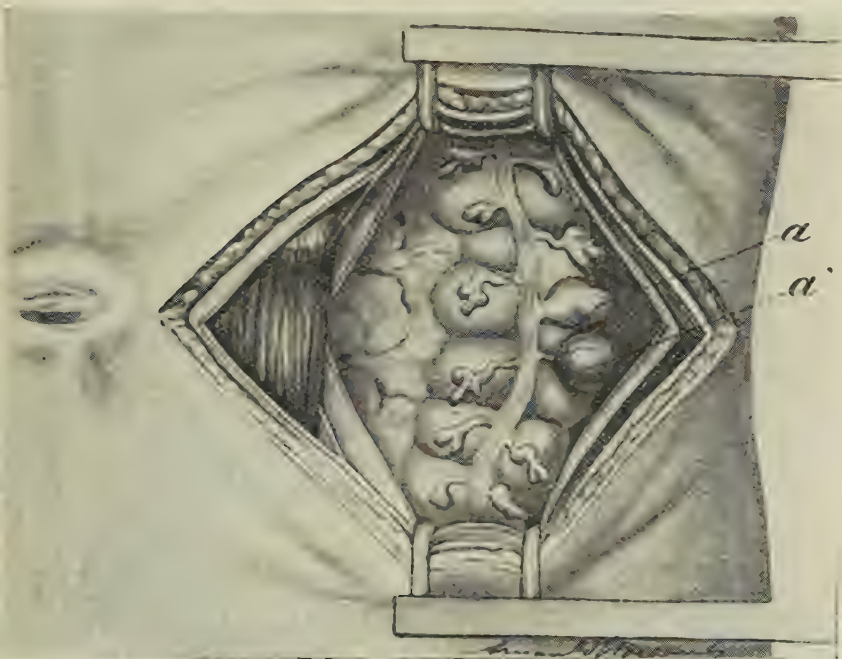


FIG. 4

cause d'alarme de la patiente outre les troubles douloureux. Elles atteignaient une importance tout à fait exceptionnelle, puisque après chaque crise douloureuse survenait un besoin d'évacuation : le sang, rouge, était à peu près pur et l'abondance de l'hémorragie allait, paraît-il, jusqu'à un demi-verre. Le diagnostic fut

évidemment orienté d'abord vers une congestion hémorroïdaire ; un paquet de veines un peu saillantes fut lié, et c'est la continuation des accidents qui fit rechercher une autre cause.

Le retentissement général est minime ou nul dans ces évolutions torpides. La température est régulièrement absente, ou du moins, ne présente pas de crochets notables. Mais l'état de souffrance chronique, souvent influencé par l'alimentation ou la fatigue finit par confiner ces malades dans une vie diminuée à tel point qu'ils peuvent, si les troubles sont de vieille date, présenter un amaigrissement notable.

L'examen clinique est ici encore moins fertile en renseignements qu'il ne l'était pour les torsions aiguës. Il ne faut rien attendre de la recherche de la contracture, du météorisme ou tympanisme qui seront la plupart du temps inexistants. C'est tout juste si, par un palper attentif, on peut faire préciser la région du maximum douloureux.

La lenteur de l'évolution donne l'impression que l'acte opératoire ne s'impose pas avec un caractère d'urgence : c'est pourquoi on a tout le temps de rechercher un complément d'information, en particulier par un examen radiologique. *L'examen radiologique* n'est guère signalé dans les observations que nous possédons ; mais le Docteur Chifoliau avait eu l'idée de faire pratiquer un lavement baryté chez la malade en question car la chronicité des accidents autorisait cette exploration : le côlon présentait une déformation très nette en sablier (fig. 5) qu'on retrouvait sur tous les clichés

mais qui n'avait pas l'allure irrégulière et découpée des lésions tuniquaires, néoplasiques par exemple.

Une rectoscopie fut pratiquée par nous chez la même

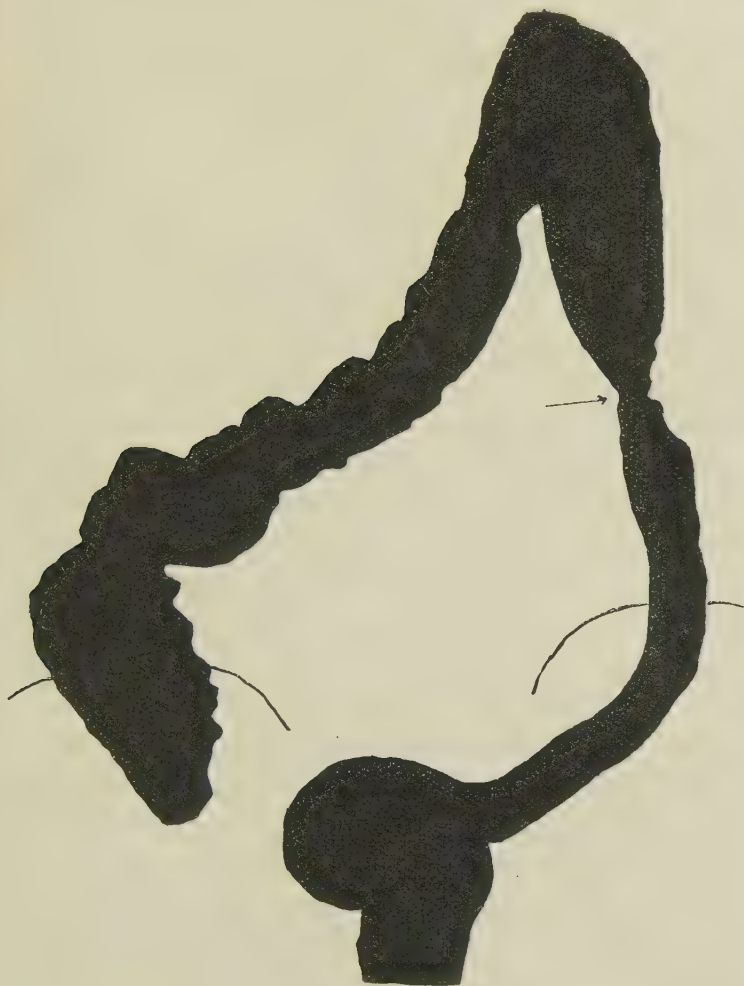


FIG. 5

malade pour rechercher une tumeur ou une lésion anorectale qui expliquât les hémorragies. Elle fut négative et ne montra, nous l'avons vu, que de petits bouquets hémorroïdaires. Mais une pareille recherche reste toujours précieuse et ne doit pas être négligée dans des syndromes douloureux chroniques semblables, ne serait-ce que pour les renseignements négatifs qu'elle peut procurer.

Toutes les torsions chroniques de cette sorte qui ont été publiées ont abouti à l'intervention révélatrice de la lésion. Nous n'avons pas connaissance que de tels cas nettement chroniques aient déterminé une péritonite, mais la chose n'est pas impossible et ces malades sont pour le moins destinés à souffrir indéfiniment si l'on élude la laparotomie. Il ne faut pas oublier non plus que celle-ci est d'autant plus redoutée de l'opérateur qu'il s'agit de malades obèses chez qui l'on prévoit des difficultés et une gravité opératoires particulières.

FORMES LATENTES. — Elles ne sont pas rares surtout si l'on songe que le nombre des cas publiés n'en représente qu'une proportion bien faible puisqu'ils ont été découverts par hasard. C'est à l'autopsie d'un cardiaque que Tomellini trouva un appendice épiploïque tordu. Hunt rapporte le cas d'une hystérectomie au cours de laquelle il fit une découverte semblable. Le même auteur trouva une autre fois deux appendices tordus à l'occasion d'une opération pour néoplasme utérin. Ce dernier cas est à rapprocher de ceux où, avec une frange tordue et douloureuse on trouve d'autres volvulus latents, ou d'autres franges en voie de torsion.

FORMES ASSOCIÉES A UNE HERNIE. — Nous entendons sous cette dénomination les franges tordues, incarcerated isolément dans un sac herniaire. De telles torsions sont fréquentes, plus fréquentes peut-être que les torsions intra-abdominales. Elles étaient en tous cas connues avant ces dernières : Riedel les signale en 1905. Kendirdjy et Séjournet (1) en 1910, à propos d'un cas personnel, puis Patel et Mallel-Guy (2) font une mise au point de la question. Elles présentent à notre avis un intérêt moindre que les torsions isolées, car elles ne constituent qu'une particularité inattendue d'une hernie étranglée. On les trouve le plus souvent à gauche, dans le canal inguinal, chez des sujets obèses dont les appendices ont un pédicule particulièrement long (Kendirdjy et Séjournet).

Cliniquement c'est l'histoire d'un étranglement herniaire, dont l'occlusion purement réflexe reste cependant bénigne et incomplète. A plusieurs reprises des phénomènes inflammatoires ont été remarqués (Sené, Kendirdjy et Séjournet) sous forme d'une infiltration œdémateuse ou congestive des tissus péri-sacculaires, le scrotum en l'espèce

Comme les torsions intra-abdominales pures, les torsions intra-herniaires peuvent ne pas s'accompagner d'un étranglement permanent et définitif ; les douleurs disparaissent alors, mais il se fait des adhérences, point de départ d'autres accidents semblables (Krüger).

Il y a donc ici association d'étranglement et de volvu-

(1) *Rev. de Chirurg.*, juillet 1920.

(2) *Lyon chir.*, mai-juin 1926.

lus. De ces deux phénomènes, le premier en date est certainement le volvulus de la frange, mais le mécanisme de celui-ci reste difficile à expliquer quand des adhérences préalables ne sont pas venues fixer une partie de la frange graisseuse. Une fois le volvulus avorté, la circulation se trouve ralentie et gênée dans l'organe ; son volume augmenta et l'incarcération est ainsi constituée.

Rien ne peut donc faire songer à cette éventualité lors d'une hernie étranglée, sauf peut-être si un interrogatoire minutieux révélait l'existence de tout un passé douloureux intermittent qui plaîdât en faveur d'une torsion épiploïque (Patel et Mallet-Guy).

On trouve parfois lors de la kélotomie une torsion associé du grand épiplon (obs. XL).

D'autre part le sac peut contenir plusieurs franges épiploïques mais alors l'une d'elles seule, est tordue (Kendirdjy).

V. — Diagnostic

On conçoit que la rareté relative d'une telle affection jointe à la physionomie vague, paradoxale, de son syndrome clinique rend à peu près impossible actuellement l'affirmation ou même la mise en discussion d'un diagnostic précis. Nous avons vu que la température, la contracture, l'étude des signes généraux défient toute description schématique. Ou bien, le tableau, loin de faire songer à un syndrome de torsion laisse redouter une affection beaucoup plus gravé.

Pourtant, à la lumière des faits parcourus, nous croyons qu'il faut attacher une grosse importance à l'existence de crises antérieures intermittentes et souvent répétées. De même retenons le contraste entre l'acuité de la douleur et la pauvreté des signes qui l'accompagnent généralement, la contracture surtout.

Pour certains encore, un des caractères de cette douleur aurait une réelle valeur : peu importante dans l'immobilité elle rend impossible la station assise ou même le moindre mouvement (Knoflach, Bender, Zöppritz).

Le diagnostic de la lésion n'a jusqu'ici jamais été posé avant l'intervention. Les formes les plus aiguës furent étiquetées appendicite, cholécystite, annexite, occlusion intestinale ou péritonite d'origine indéterminée. Plus rarement d'autres diagnostics furent posés : diverticulite (Hunt), péricolite ou pérityphlite (Knoflach). Frank d'une part (obs. XVII) et Johansson d'autre part (obs. XXII) approchèrent peut-être davantage en disant torsion de kyste ovarien, en ce sens qu'ils avaient soupçonné un volvulus d'organe.

Les torsions lentes ou insidieuses sont encore plus sujettes à erreur. Le diagnostic fut fait tour à tour de tumeurs du côlon, de périviscérite, d'appendicite chronique surtout.

Enfin il n'est guère besoin de relever les inévitables erreurs de diagnostic dans les quelques formes atypiques qui ont été rapportées (torsion hémorragique, torsion associée à une hernie, etc...).



Ces erreurs sont d'ailleurs vénielles si elles n'entraînent pas une abstention chirurgicale et par bonheur c'est rarement le cas : ou l'on croit vraiment à une appendicite, une occlusion qui commande l'intervention, ou le diagnostic est resté délibérément en suspens mais l'ensemble du syndrome clinique donne l'impression d'une maladie chirurgicale où la nécessité d'exploration s'impose : douleur bien localisée, petite manifestation péritonéale (Knoflach). Aussi, dans de pareilles éventualités, même si le diagnostic ne peut être posé, il faut se hâter d'intervenir car nous connaissons plusieurs exemples illustrant la transformation rapide en péritonite confirmée.

L'intervention décidée, toutes les difficultés ne sont pas résolues : le chirurgien doit, après avoir constaté l'intégrité de l'appendice iléo-cœcal ou d'un autre organe présumé en cause, s'attacher à découvrir le vrai point de départ, en pensant à l'éventualité, rare sans doute, mais importante, d'une frange épiploïque tordue. Devant une lésion aussi insignifiante d'apparence il devra se souvenir qu'elle peut engendrer des troubles hors de proportion avec ses dimensions et que des accidents analogues peuvent d'ailleurs être la conséquence d'autres « torsions modiques » (Mondor).

VI. — Traitement

Le traitement des torsions de franges épiploïques est nous l'avons vu, essentiellement chirurgical. Il se réduit à une opération très simple et pourtant très efficace, quand la lésion a pu être enfin découverte.

Les malades dont nous connaissons l'histoire ont été opérés pour des affections diverses : l'opérateur, par une incision appropriée, s'est dirigé d'abord vers l'appendice, la vésicule, d'autres fois le côlon, l'utérus, et, ne trouvant pas d'explication plausible aux troubles constatés, a recherché sur le mésentère, puis le long du cadre colique un obstacle possible : c'est ainsi qu'ont été décelées, véritables surprises opératoires, la plupart des franges tordues.

On conçoit que la voie d'abord ait ici une importance toute particulière, puisqu'il s'agit de sujets à paroi grasse, chez qui l'exploration promet d'être pénible. On en décidera le choix surtout d'après la topographie du siège du maximum douloureux. Très souvent c'est à droite que cette douleur est le plus intense : l'incision d'appendicite (Mac Burney, ou mieux Jalaguier) s'impose. Si le flanc gauche est au contraire nettement plus sensible, la voie para-rectale gauche donnera le meilleur jour sur la lésion probablement sigmoïdienne. Mais toutes les fois que le siège est imprécis ou vague il vaut mieux faire une laparotomie médiane que l'on peut agrandir plus facilement et qui permet d'explorer assez bien les divers segments du gros intestin. Dans un cas où le ventre avait été refermé sans que fût sup-

primée la cause anatomique (appendicectomie simple), non seulement il n'y eut aucun soulagement, mais le patient dut être réopéré. pour une complication cette fois, une péritonite mortelle. Aussi est il à peine besoin d'insister sur la nécessité d'une exploration consciencieuse de chaque viscère tant qu'une raison satisfaisante n'a pas été trouvée.

Nous nous y attachons d'autant plus que cette recherche peut être très difficile quand par exemple la voie d'abord ne se prête pas à l'exploration de tous les segments coliques, ou surtout quand la frange malade se trouve noyée, enserrée au milieu d'autres séro-appendices volumineux, congestionnés qui lui forment couvercle (Bensaude, Faure-Beaulieu et Cain, obs. XXXIX).

En outre il ne faut pas perdre de vue que plusieurs torsions peuvent coexister comme nous le prouve la lecture de quelques observations ; et les « torsions en puissance » doivent être aussi recherchées systématiquement pour être supprimées : l'une des malades de Colt (obs. XXXVIII) présentait en effet en plus d'un appendice tordu sur le sigmoïde, un autre demi-tordu sur l'appendice vermiculaire.

L'acte chirurgical en lui-même se résume à un geste : ligature au catgut du pédicule habituellement filiforme. Cependant la crainte d'un diverticule à la base n'est pas illusoire : aussi certains chirurgiens y ont-ils ajouté une cautérisation du moignon. Il est plus important, croyons-nous, de procéder, comme le recommande Braine, à un enfouissement soigné du pédicule, ce qui est facile si l'on utilise les franges voisines volumineuses, comme étoffe.

Si la séreuse péritonéale ne présente pas d'indice de propagation infectieuse on pourra refermer en toute sécurité sans drainage.

Résultats. — Les résultats publiés de cette intervention simple sont très encourageants. Alors que les malades examinés souffraient depuis très longtemps — des années pour certains — et avaient eu des crises parfois très pénibles avec retentissement péritonéal ou parésie intestinale, l'ablation de la frange tordue leur a donné une guérison immédiate et rapide puisque la plupart sont signalés comme s'étant levés au 10^e ou 12^e jour sans complication. Notre malade fut de même tout à fait soulagé à la suite de l'intervention chirurgicale ; les rectorragies cessaient complètement et pendant deux ans et demi elle a retrouvé son état de santé antérieure. Pourtant, revue en septembre 1934, elle se plaignait à nouveau de douleurs dans l'hypocondre gauche, et fut réopérée à cette occasion par le Docteur Chifoliau. Il n'y avait plus trace de la lésion précédente et seules quelques adhérences pouvaient expliquer les troubles à nouveau ressentis. Presque tous les autres malades opérés ont été revus et les suites ont été toujours très bonnes.

Nous avons vu par contre que les quelques péritonites consécutives à ces torsions avaient été toutes mortelles très rapidement malgré l'intervention probablement trop tardive.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

I. — Torsions intra-abdominales pures

Obs. I. — (Riedel) Homme 40 ans. Le 9, douleur abdominale nocturne, une selle obtenue par lavement, un vomissement : le médecin fait un lavage d'estomac. Arrêt des matières jusqu'au 13.

A l'examen le 12 : abdomen un peu distendu, pas de tumeur, pas de mouvements péristaltiques. Pouls lent, bien frappé. Température normale.

Un lavage d'estomac ramène des matières fécales.

Intervention le 13 : liquide séreux dans l'abdomen. On voit aussitôt *l'appendice épiploïque tordu*, dont le *pédicule adhère* au mésentère d'une anse grêle qui s'en trouve étranglée. Résection de la masse tordue et de 20 centimètres de grêle.

Mort le lendemain, sans doute due à l'intervention trop tardive.

Obs II. — (Tomellini) Chez un homme mort d'insuffisance cardiaque, on trouve à l'autopsie un appendice épiploïque tordu.

Obs. III. — (Briggs) H. 35 ans. Crise aiguë avec signes abdominaux *droits*. Opération le cinquième jour avec diagnostic d'appendicite : appendice épiploïque tordu sur le cœcum.

Obs. IV. — (Zöppritz) Deutsche Zeitschrift f. Chir., 1909) H. 20 ans. Opéré avec diagnostic probable d'appendicite ou cholécystite. Appendice tordu sur la fin du *transverse*.

Obs. V. — (Ebner) H. 65 ans. Malade depuis sept jours. Diagnostic clinique : obstruction intestinale. A l'opération : un long appendice épiploïque tordu sur l'anse sigmoïde. Liquide dans l'abdomen. Mort le septième jour. Pour l'auteur, la mort est due à une thrombose mésentérique secondaire.

Obs. VI. — (Pochhammer) H. 34 ans. Crises douloureuses abdominales répétées depuis 18 ans. Opéré avec diagnostic d'appendicite. A l'intervention, on trouve un appendice épiploïque tordu dans le bassin.

Obs. VII. — (Morestin, Soc. Anat. 8-11-1912) F..., 30 ans. Il y a sept ans au 3^e mois d'une seconde grossesse, douleur vive et soudaine dans le bas-ventre. Vomissements. Intervention : ablation d'un kyste tordu de l'ovaire droit. Avortement quelques jours après. Suites opératoires très bonnes.

Malgré une santé apparemment très bonne, de temps à autre de très vives douleurs dans le bas-ventre obligent la malade à s'aliter. *Constipation opiniâtre*.

Le 20 avril 1912 douleur subite dans l'hypocondre gauche, s'accompagnant de nausées. Sédation de la douleur sous l'influence du repos et de l'application de glace. Très légère ascension de température qui cesse au bout de 24 heures.

Examen le 24 : ventre souple dans son ensemble ; douloureux à la pression sur les limites de la fosse iliaque gauche

et de l'hypogastre. Le toucher combiné au palper abdominal reconnaît que l'utérus peu volumineux, légèrement dévié vers la droite, est peu mobile. A gauche de l'utérus, comme soudé à lui : une masse assez douloureuse au toucher, mal limitée, du volume apparent d'un gros œuf. Douleur peu importante dans l'immobilité, mais tous les mouvements retentissent péniblement vers la région du bassin où est perçue cette masse anormale. Diagnostic clinique hésitant entre : petite hématocele gauche et salpingo-ovarite.

Intervention le 1^{er} mai, alors qu'aucun changement notable n'était survenu. A l'ouverture du ventre : innombrables adhérences, reliquat de l'ancienne torsion kystique et de l'intervention. Ces adhérences unissaient plusieurs anses grêles les unes aux autres, au côlon pelvien, à l'utérus et à la paroi abdominale. Section patiente de toutes les brides, libération des anses intestinales et mise à découvert progressive de la lésion pelvienne plus récente. Utérus petit, atrophié, un peu incliné par son fond vers le côté droit, où manquaient les annexes. Du côté gauche la masse que l'on supposait annexielle, n'avait en réalité aucun rapport, sinon de voisinage, avec les annexes. Au milieu de quelques petits caillots sanguins, et d'adhérences gélatineuses récentes et épaisses, on trouve une masse violacée et pâteuse, accolée à la corne utérine gauche, à la partie postérieure de l'utérus et au ligament large gauche. Elle se laisse aisément décoller et isoler. Elle est grosse comme un marron. On constate alors qu'elle est rattachée au côlon pelvien et qu'il s'agit d'un *appendice épiploïque tordu* sur lui-même. Il est alors très facile de jeter une ligature sur son pédicule et d'en faire l'ablation.

Le gros intestin présentait au point de vue des appendices graisseux une disposition anormale et tout à fait remarquable. Ces appendices étaient en effet d'une *longueur extraordinaire*. Plusieurs atteignaient 8, 10, 12 centimètres. Ils étaient en outre fort chargés de graisse.

Suites opératoires très bonnes.

Obs. VIII. — (Kimpton) H..., 42 ans. Une à deux crises antérieures. Diagnostic : appendicite. Intervention : appendice tordu sur le cæcum.

Obs. IX. — (Arrigan) H..., 29 ans. Deux jours de maladie. Diagnostic : appendicite. A l'opération ; appendice épiploïque tordu sur l'anse sigmoïde.

Obs. X. — (Hunt) H..., 58 ans. Syndrome colique depuis deux semaines rapporté à une tumeur de l'anse sigmoïde. A l'intervention : appendice tordu sur le sigmoïde, du volume d'une orange.

Obs. XI. — (Hunt) H..., 43 ans. Crises répétées depuis des années de douleurs abdominales cryptogénétiques. A l'intervention : appendice tordu sur le sigmoïde.

Obs. XII. — (Hunt) F..., 29 ans. Crises répétées attribuées à une appendicite ou une cholécystite. A l'intervention : appendicite chronique et un appendice épiploïque tordu (siège non signalé).

Obs. XIII. — (Hunt) F..., 63 ans. Signes vagues de la fosse iliaque gauche depuis trois mois. Intervention : appendice calcifié du sigmoïde.

Obs. XIV. — (Hunt) F..., 70 ans. Opérée pour néoplasme utérin. A l'intervention : deux appendices épiploïques tordus qui étaient restés silencieux.)

Obs. XV. — (Hunt) H..., 37 ans. Symptômes depuis un mois. Diagnostic : diverticulite. Intervention : appendice épiploïque tordu sur le sigmoïde.

Obs. XVI. — (Hunt) F..., 51 ans. A l'intervention pour hystérectomie pour métrite chronique, on trouve un appen-

dice épiploïque tordu sur le sigmoïde, qui était resté latent.

Obs. XVII. — (Frank) F..., 51 ans. Malade depuis trois jours. Diagnostic probable : kyste de l'ovaire tordu. Intervention : appendice tordu sur le sigmoïde (péritonite précoce).

Obs. XVIII. — (Forssner) F..., 44 ans. Début aigu 12 heures avant l'opération. Les signes sont ceux d'une péritonite sous-ombilicale avec maximum à gauche. A cause de l'existence d'un myome utérin, on pense à la nécrose infectée de celui-ci. A l'intervention cependant, on ne trouve aucune origine certaine à la péritonite. Celle-ci était maxima dans le petit bassin, et en présence d'adhérences entre utérus et annexes, on pratique l'hystérectomie. L'appendice épiploïque tordu fut ainsi découvert. A un examen ultérieur, on trouva une excroissance de couleur foncée, de la dimension d'une noisette, rattachée à l'intestin par un « fil ». Ablation : on constate que c'est un appendice épiploïque tordu et gangrené.

Obs. XIX. — (Klingenstein, Surgery, Gyn. Obst., 1924) F..., 45 ans. Opérée avec le diagnostic de péritonite aiguë. A l'intervention : pancréatite hémorragique et lithias cholécystienne. Cholécystostomie. Mort. Autopsie : appendice tordu sur le transverse.

Obs. XX. — (Bender) F..., 39 ans. Douleurs vives et nausées depuis 8 jours. Par exclusion, à cause de l'absence de signes locaux précis, on pose le diagnostic d'appendicite chronique. Deux jours plus tard, la douleur ayant augmenté, et bien qu'il n'y ait aucune contracture, on intervient : appendice intact, mais à 5 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin, frange épiploïque tordue, rougeâtre,

aspect typique de l'infarctus hémorragique. Résection. Guérison.

Obs. XXI (Bender) F..., 35 ans. Douleur à début brusque deux jours auparavant ; pas de vomissements, pas de signes d'occlusion. Température 37°,05. Pas de contracture. Salpingite gauche légère. Diagnostic posé. Appendicite subaiguë. Opérée après 24 heures. Appendice normal. Au-dessus de l'iléon, frange graisseuse tordue et gangrenée qui repose dans une sorte de niche de tissus inflammatoires. Résection. Guérison.

Obs. XXII. — (Johansson) F..., 35 ans. Depuis 15 ans environ, accès de douleurs abdominales basses, surtout à droite avec irradiations ascendantes, la dernière crise remontant à une semaine. Pas de nausées ni vomissements. Le 9 décembre 1924 douleur dans la fosse iliaque gauche. Elle continue ses occupations jusqu'au 11 puis est obligée de s'arrêter à cause de l'intensité des douleurs. Admise avec le diagnostic probable de torsion de kyste de l'ovaire. A l'entrée bon état général, température 38°2. La malade est assez grasse ce qui rend la palpation très précise. Sensibilité de la fosse iliaque gauche, mais pas de contracture nette. Au palper bi-manuel, sensibilité sur le flanc gauche de l'utérus.

Intervention le lendemain : incision sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic. Sur l'anse sigmoïde un appendice épiploïque, bleu-noir, du volume d'un grain de raisin, fut trouvé, enroulé d'un tour complet. Le pédicule était extrêmement mince. L'appendice iléo-cœcal, apparemment normal, fut enlevé. Levée 11 jours après l'opération. Bien portante depuis.

Obs. XXIII. — (Fenkner) F..., 35 ans, très grasse, vue le 25-5-1920, alors qu'elle présentait pour la deuxième fois depuis trois semaines des phénomènes d'occlusion intesti-

nale : arrêt des gaz et des selles, distension abdominale, douleurs, vomissements. Aucun signe de localisation et l'intervention exploratrice qui fut difficile à cause de l'embonpoint de la malade, montra seulement, à l'exclusion de toute autre lésion un appendice épiploïque pédiculé au niveau de l'S iliaque. Ce pédicule était tordu sans qu'il semble y avoir de congestion ; la petite masse épiploïque était nécrosée. Par contre sur le côlon transverse on trouve une deuxième lésion analogue mais de fraîche date, avec torsion récente.

Obs. XXIV. — (Benkner) H..., 40 ans. Depuis deux jours douleurs à début brusque dans la fosse iliaque droite, avec contracture mais température normale.

A l'intervention qui fut immédiate, on trouva une petite masse épiploïque de la taille d'une noisette, appendue au côlon transverse, de coloration cyanotique, à pédicule tordu. L'appendice vermiculaire qui était rétro-cœcal et adhérent, n'avait aucune part dans le syndrome douloureux ayant entraîné l'intervention.

Obs. XXV (Breitländer). — H., 53 ans. Bien portant antérieurement. Pris un soir de douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Le médecin constate à ce moment la présence d'une douleur provoquée à la palpation un peu au-dessus du point appendiculaire habituel. Hernie ombilicale sans signe d'étranglement.

Température au-dessous de 37°. Pouls 76. Urines normales. Pensant à une appendicite légère on met le malade au lit et à la glace. 36 heures plus tard : aggravation. La douleur est plus vive, le malade plus fatigué.

A l'entrée à l'hôpital température 37°. Pouls 76,80. Leucocytose : 5.700. Pas de contracture mais douleur vive à la palpation surtout si, après pression profonde, on retire la main qui palpe.

A l'intervention, appendice dépourvu de lésions aiguës mais coudé, contenant un calcul stercoral. A 10 cm. au-dessus de l'iléon, sur le côlon droit on trouve un appendice graisseux, tordu, cyanotique, infarci. Résection. Guérison.

L'examen histologique confirme la thrombose et l'infarctus du fragment tordu. Au niveau de l'appendice épiploïque infiltration éosinophilique marquée et une minuscule exco-riation muqueuse contenant un oxyure.

Obs. XXVI (Braine). — H., 53 ans. Bien portant, robuste, gros mangeur. Subitement, le 18 décembre 1929 après un copieux repas, douleur abdominale aiguë à point de départ dans le flanc gauche avec bientôt irradiations multiples. Vomissements alimentaires. Malgré l'alitement les douleurs restent très intenses, continues, à recrudescence paroxys-tique.

Le 19 l'abdomen se ballonne, il est douloureux au palper, surtout dans le flanc gauche et à l'épigastre. Pas de contrac-ture. Ni gaz ni matières. Nausées. Température 39°. Pouls 96. Cet état persiste jusqu'au 21. Le ballonnement augmente progressivement. Arrêt des matières et des gaz complet, température 39°, pouls 110. Facies grippé, anxiété très mar-quée.

A l'examen abdomen météorisé dans son ensemble, régu-lièrement et considérablement distendu dans tous ses seg-ments. Pas de contracture. Pas de péristaltisme décelable. Toucher rectal négatif. Le malade accuse formellement un maximum de douleurs en un point qui répond à l'union du flanc gauche et de la fosse iliaque.

Intervention le lendemain matin sous rachi-anesthésie. In-cision médiane sous-ombilicale. Dans la cavité péritonéale, entre les anses et dans le Douglas on trouve 200 gr. de liquide hématique, brun chocolat. Tout l'intestin est distendu, le cœcum est énorme, et l'appendice gonflé de gaz comme un ballon de baudruche participe à la distension colique. On ne

trouve à l'exploration aucun obstacle pelvien. Revenant au flanc gauche, où le malade localisait le maximum de ses douleurs, on trouve une frange adipeuse du côlon, rouge, violacée, gorgée de sang, infarctée, du volume d'une châ-



FIG. 6. — Dessin mis obligeamment à notre disposition
par M. le D^r BRAINE

taigne tordue sur elle-même, et ne tenant plus au côlon que par un pédicule filiforme, bistourné, prêt à se rompre (fig. 6). Elle siège à l'union du côlon gauche et du côlon iliaque. On lie très simplement au catgut le pédicule de la frange volumineuse au ras du côlon, et on le sectionne au thermocautère (en

pensant à la possibilité d'un diverticule inclus dans la frange en question). On éponge le liquide hématique intra-abdominal et on referme l'abdomen après drainage de sécurité du Douglas par crainte de la septicité du liquide.

Guérison opératoire très simple. En s'aidant d'atropine l'évacuation des gaz s'obtient à partir du deuxième jour. Température normale le 5^e jour. Ablation du drain au bout de deux jours. Guérison complète le 13^e jour.

Obs. XXVII (Stutte). H..., 43 ans, bonne santé apparente, gros mangeur. Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, début par des douleurs abdominales généralisées. Pollakiurie sans dysurie. Quelques nausées. Pas de vomissements. Température normale. Douleur localisée dans la fosse iliaque droite, s'exacerbant dans le changement de position, particulièrement en passant du décubitus à la position assise. Malgré quelques apparences contradictoires le malade est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite. A l'admission : température 37°, pouls 92. Langue humide, non chargée. Poumons et cœur en bon état. Paroi abdominale très adipeuse mais souple. Douleur très violente dans une région très localisée au-dessus du point de Mac Burney, avec contracture réflexe. Malgré le doute sur le diagnostic d'appendicite l'intervention est décidée le jour même. Après ouverture du péritoine, il s'écoule un liquide séreux. Tout de suite l'anse sigmoïde apparaît avec *deux* appendices épiploïques très épais et fermes, de couleur marron rouge, attachés au gros intestin par une tige tordue de 180 degrés. Cœcum et appendice normaux. Ablation des deux franges tordues. Guérison sans complications.

Examen des pièces : un appendice épiploïque gros comme une datte, et un autre gros comme un noyau de prune.

Obs. XXVIII (Knoflach). — H..., 54 ans. Depuis quelques jours, douleurs abdominales droites, pendant le travail. Ali-

tement le 26-7 la position debout n'étant plus supportable. Léger malaise général. Pas de vomissements. Le 27, les douleurs augmentent beaucoup. Il apparaît un léger météorisme. Nausées. Rétention des gaz.

Entre à la clinique le 27. A l'examen : malade obèse, emphysème pulmonaire léger, abdomen un peu gonflé en haut et à droite, un peu plus haut que le point de Mac Burney. Douleur vive à la pression. Contracture du grand droit droit. Toucher : cul-de-sac de Douglas douloureux, non tendu. Température 37°9, pouls 86.

Opération sous-anesthésie à l'éther. Incision pararectale droite. Appendice sans modification apparente : ablation typique. A un travers de main, sur le côlon ascendant : un appendice épiploïque infarci, gros comme une cerise, avec pédicule plusieurs fois tordu. Paroi colique un peu rouge aux alentours mais non modifiée. Pas d'autre altération. Fermeture plan par plan. Guérison sans incident. Sorti guéri le 11 octobre.

Examen de la pièce : infarctus hémorragique de l'appendice avec thrombose de petites veines.

Obs. XXIX (Knollach). — F..., 33 ans. Depuis longtemps, douleur dans le bas-ventre droit. Il y a trois ans : laparotomie sans résultat. Depuis quelques temps douleurs plus fréquentes. Constipation mais pas de vomissements ni nausées.

Examen : ventre souple. Dans la région para-ombilicale, douleur intense à la pression. Pas de contracture appréciable.

Température 36°8, pouls 88, urines normales.

Examen radiologique du tractus digestif : région appendiculaire sensible à la pression.

Intervention le 13 mars, sous-anesthésie à l'éther. Appendice iléo-cœcal de 8 cm. de long dans un lit d'adhérences, coudé en angle. Au niveau de cet angle se trouve un appen-

dice épiploïque tordu. Appendicectomie typique. Fermeture plan par plan. Guérison sans incident. Examen de la pièce : appendicite chronique avec appendice épiploïque tordu, infarci.

Obs. XXX (Tierny). — F..., 29 ans, adressée le 14 mai 1930 pour crise abdominale, étiquetée appendicite aiguë. C'est la première crise. Elle a débuté huit jours auparavant : la malade conserve une douleur profonde de la région appendiculaire et un peu de fièvre (38°05). Pas de contracture de la paroi. Glace pendant 15 jours.

Opération le 30 mai. Incision de Jalaguier. Paroi très grasse. Découverte facile du cœcum et de l'appendice qui repose sur un véritable lit de tissus adipeux. Presque à l'extrémité de l'appendice est attachée une frange grasseuse, grosse comme un haricot, complètement violacée, reliée au meso-appendice par un petit pédicule grêle, tordu cinq fois sur son axe. Appendicectomie, fermeture en trois plans. Suites normales.

Obs. XXXI (Mocquot, Vuillième et Hamelin). — Garçon 15 ans, *adiposo-génital*. Entré pour douleurs dans la fosse iliaque droite depuis trois jours. Examen : contracture nette, température 40°.

Intervention : sur l'appendice une petite frange grasseuse, arrondie et aplatie, lenticulaire, implantée sur le bord de l'appendice. Coloration violacée. Pédicule tordu. Appendice fort peu malade.

Obs. XXXII (Taylor). — F., 50 ans. Admise à l'hôpital le 16 décembre 1930, se plaignant « d'anémie » et d'une douleur abdominale. Crise semblable il y a 5 ans. A l'interrogatoire, on apprend que pendant les trois dernières semaines elle souffrait d'une douleur épigastrique intermittente, augmentant après les repas. A plusieurs reprises vomissements

post-prandiaux. Pas d'hématémèse. Fonctionnement intestinal régulier, mais actuellement légère diarrhée.

Examen à l'entrée : langue sèche et saburrale. Teinte anémique des téguments. L'abdomen est légèrement distendu, surtout à gauche ; il est sensible à droite de l'épigastre où une masse imprécise peut être perçue.

Repas baryté : léger spasme du pylore, dilatation des anses grêles.

Intervention le 30 décembre sous-anesthésie générale. Incision para-médiane gauche. L'estomac, le pylore, le duodénum, la vésicule, le foie, l'appendice, les trompes et ovaires, l'utérus, après exploration, se révèlent normaux. Sur le sigmoïde en appendice épiploïque de la dimension d'un gros haricot est découvert. Il est tordu autour d'un mince pied et a une coloration pourpre. Pas d'inflammation sur le péritoine avoisinant. Ligature et exérèse. Fermeture de la paroi plan par plan. Suites normales.

Examen de la pièce : tumeur de forme ovoïde de 26 millimètres $\times$ 20 $\times$ 8. Veines dilatées à la surface. La coupe histologique montre un tissu conjonctif et grasseux. Vaisseaux congestionnés : un caillot dans l'un d'eux. Pas de réaction inflammatoire.

Obs. XXXIII (Colt). — Appendicite à chaud il y a 5 ans. Depuis : douleurs par crises avec constipation. Maximum douloureux dans la fosse iliaque gauche. Aggravation depuis 6 mois. A l'intervention deux appendices épiploïques adhérents à leur base sur le sigmoïde. En outre, adhérences entre l'épiploon et la base du cœcum. Examen de la pièce : l'un des deux appendices est partiellement de couleur rouge foncé par suite d'une hémorragie résultant d'une torsion.

Obs. XXXIV (Colt). — H. 64 ans. Bien portant jusqu'ici. Cinq heures après un fort repas : malaise puis douleur subite à droite, nausées puis vomissements qui se répètent au

bout de 10 heures. Il existe une douleur lombaire continue et la sensibilité y est augmentée par le palper. Un peu de sang est évacué par un lavement. Légère élévation de température.

Diagnostic : appendicite subaiguë.

Intervention : appendice rétro-cœcal dont l'inflammation n'explique pas les symptômes. Iléon spasmé. Côlon descendant distendu. Un appendice épiploïque est enlevé sur le bord distal du sigmoïde. Son pédicule, tordu, est formé d'un fin stroma fibreux de 1 millimètre de large et de 3/4 de pouce de long. L'appendice épiploïque lui-même est ferme, jaune foncé, avec de petites suffusions hémorragiques. Pas d'adhérences inflammatoires à la surface.

Obs. XXXV (Colt). — F. 51 ans. Pendant 5 ans, fortes crises de constipation, nausées, et parfois douleurs dans la fosse iliaque. Pollakiurie datant d'une maladie, 9 ans plus tôt. Radiologie : rien d'anormal sur le côlon.

Intervention : Appendice épiploïque tordu sur le sigmoïde. Sa couleur est rouge foncé par suite de l'hémorragie due à la torsion. Près de la pointe de l'appendice vermiculaire se trouve un petit appendice épiploïque demi-tordu.

t

Obs. XXXVI (Randall). — H (âge non indiqué). Bon état de santé antérieur. Depuis deux jours, commence à ressentir des douleurs dans le cadran inférieur gauche de l'abdomen. Le lendemain une purgation intempestive n'amène aucune sédation des douleurs. Le moindre mouvement réveille une douleur aiguë dans la région. Pas de vomissements mais quelques nausées.

A l'examen : tympanisme abdominal généralisé. Sensibilité très nette au milieu de la ligne ombilico-crurale. Dans cette région, on perçoit une masse « en forme de boudin ». Leucocytose : 12.500; polynucléaires 68 %, lymphocytes 32 %.

Le diagnostic hésite entre trois possibilités : diverticule de Meckel tordu, diverticule du sigmoïde, appendice en situation anormale.

Intervention le 26 décembre 1931. Incision à travers le grand droit droit. On enlève une masse noire grosse de 2 pouces sur 1, formée d'un appendice épiploïque tordu. Les vaisseaux sont thrombosés. Aucun incident depuis l'intervention.

Obs. XXXVII (*inédite*). — Voir page 37.

Corps étrangers et complications péritonéales

Obs. XXXVIII (Riedel). — F. 41 ans. Syndrome péritonéal aigu avec vomissements stercoraux. A l'intervention, corps étrangers libres d'origine épiploïque. Mort le deuxième jour. Le stade de torsion avait échappé.

Obs. XXXIX (Bensaude, Faure-Beaulieu et Cain). — H. 70 ans, entré le 10 novembre 1930 à l'hôpital St-Antoine, dans un état grave. Il a été pris le matin du jour précédent d'une douleur subite et violente dans le ventre, accompagnée de vomissements. Depuis, ni selles ni gaz n'ont été émis. Le malade a été toute la journée et toute la nuit en proie à des coliques violentes.

A l'examen, on trouve un ventre dur comme du bois et douloureux à la palpation dans toute son étendue; il n'y a pas de ballonnement mais la région préhépatique est sonore.

Intervention décidée d'urgence. Incision médiane dans la région de l'ombilic. Issue de gaz malodorants et de liquide contenant en substention des matières fécales. On agrandit l'incision en bas et on trouve sur l'anse sigmoïde une perforation entourée de fausses membranes. Suture et enfouissement de la perforation. Mikulicz dans le bassin. Fermeture en un plan au fil de bronze. Mort quelques heures après.

Examen de l'anse sigmoïde (après section des fils de suture placés par le chirurgien). L'anse sigmoïde a un aspect sensiblement normal et n'est pas épaissi; toutefois les franges épiploïques sont plus développées que d'ordinaire. Il n'y a pas de diverticules. En un point de la paroi on découvre, en écartant les franges dont les bords libres se réunissent à son niveau et la masquent en partie, une perforation circulaire d'un centimètre de diamètre. Cette perforation en cratère s'élargit sous la forme d'un entonnoir vers la surface de l'intestin. En regard de la perforation une *frange épiploïque* dont la structure est normale et sans traces de lésions anciennes est atteinte par le même processus aigu : sa surface est tapissée d'une nappe fibrino-leucocytaire en voie de nécrose.

Torsions de franges intra-herniaires

Obs. XL (Lorenz). — F. 33 ans, très grasse. Hernie inguinale droite étranglée.

Intervention : appendice épiploïque tordu de 360 degrés. Quelques dépôts de fibrine sur le péritoine ; début de sphacèle du pédicule.

Obs. XLI (Muscatello). — Diagnostic de hernie inguino-scrotale gauche entéro-épiploïque avec douleur brusque survenue il y a un mois.

Intervention : appendice épiploïque intra-herniaire tordu sur lui même.

Obs. XLII (Krüger). — H. 56 ans, obèse. Douleurs pendant quelques semaines il y a 20 ans. Puis deux autres crises avec irradiations douloureuses à l'uretère et l'ombilic.

Diagnostic : épiploocèle étranglée droite.

Intervention : appendice épiploïque tordu.

Obs. XLIII (Krüger). — H. robuste. Hernie inguinale gauche. Douleur brusque à la suite d'un effort. Petite infiltration inflammatoire des téguments.

Diagnostic : hernie étranglée.

Intervention : appendice épiploïque tordu de 360 degrés.

Obs. XLIV (Kendirdjy et Séjournet). — H. 43 ans. Tuméfaction douloureuse inguinale gauche. Arrêt des matières et des gaz depuis 24 heures. Hernie depuis longtemps douloureuse et jamais complètement réductible. A l'examen signes de hernie inguinale étranglée. Léger ballonnement, état nauséeux mais état général excellent.

Intervention : un volumineux appendice épiploïque bifide est adhérent au collet. Chacune des deux parties est tordue sur son pédicule particulier d'un tour complet. Guérison sans incidents.

CONCLUSIONS

I. — La torsion des franges épiploïques du côlon est une affection relativement rare ; elle a déjà fait cependant l'objet d'un certain nombre de travaux : nous en avons relevé 44 observations dans la littérature française et étrangère. Mais ces observations ont trait surtout à des accidents aigus ; alors que les *formes chroniques* étaient à peu près ignorées jusqu'ici.

II. — La grande majorité des franges épiploïques tordues sont situées sur le *côlon gauche*, soit sur l'anse sigmoïde, soit à l'union de celle-ci et du côlon descendant. Viennent ensuite par ordre de fréquence les torsions sur le côlon ascendant, puis sur le transverse.

III. — Les pièces opératoires prélevées dans de tels cas montrent un appendice épiploïque dont le pédicule très mince est enroulé sur lui-même, le plus souvent d'un tour plus rarement d'un demi ou de plusieurs tours.

L'examen histologique révèle une nécrose du tissu graisseux avec thrombose plus ou moins nette des vaisseaux.

IV. — Le mécanisme intime de ces volvulus reste mystérieux, comme d'ailleurs le mécanisme de torsion d'un kyste ovarien ou de toute autre tumeur pédiculée. Le facteur le plus important semble l'inégal accroissement de volume de l'organe, dont le centre de gravité se déplace progressivement par rapport au point fixe. L'augmentation de la pression veineuse dans le pédicule nourricier de la frange semble en tous cas une explication trop schématique et peu applicable à tous les cas.

V. — Une notion étiologique est primordiale : c'est *l'obésité* qui se retrouve notée dans toutes les observations ayant trait aux torsions des franges épiploïques du côlon.

VI. — Le syndrome clinique qui traduit la torsion dans les formes aiguës est souvent riche et bruyant. Un signe domine tous les autres par son importance et sa contenance : c'est *l'élément douleur* qui va depuis la douleur profonde et sourde jusqu'à la crise violente à type de « colique ».

Un autre caractère doit être retenu et recherché dans l'interrogatoire : c'est la répétition depuis souvent de longs mois, de crises semblables, entrecoupées de période d'un calme relatif.

Mais de toutes les autres données, aussi bien de l'atteinte de l'état général que des résultats de l'examen somatique, il ne faut attendre aucune indication décisive.

VII. — Il n'existe pas que des torsions aiguës. Nous avons essayé dans ce travail de dégager des observations déjà publiées et de nos quelques données personnelles un chapitre nouveau, encore mal individualisé : celui des torsions chroniques. Celles-ci se manifestent par des douleurs et des signes fonctionnels plus vagues, moins alarmants que ceux des torsions aiguës. Ou bien, la douleur abdominale constitue un signe absolument isolé et l'examen ou l'interrogatoire ne peuvent fournir aucun renseignement utile.

Au cours de l'étude de ces formes chroniques, nous avons souligné quelques particularités cliniques relevées dans notre observation personnelle qui ressortit à ce chapitre. Au syndrome douloureux déjà ancien s'ajoutaient d'une part, des *hémorragies rectales* abondantes et répétées, d'autre part un syndrome *d'obstruction chronique* du côlon gauche confirmée par la radiographie, deux éléments qui, confrontés, orientaient le diagnostic vers une piste tout à fait fausse.

Dans ces syndromes abdominaux bâtards, où le diagnostic est hésitant, il ne faut négliger aucun des moyens d'investigation complémentaires, quand toutefois ils ne retardent pas une intervention pressante. *L'exploration radiologique* du gros intestin à l'aide, soit du repas baryté, soit du lavement opaque, peut rendre dans ce sens des services notables, surtout pour la localisation de la lésion sur tel ou tel segment colique.

VIII. — L'évolution des torsions aiguës est habituellement caractérisée par l'existence de *poussées*, de

crises, survenant sur un fond de douleur chronique souvent minime, et c'est à l'occasion d'une de ces poussées que l'on est appelé à examiner puis à opérer ces malades.

Cette notion de poussées aiguës, de crises, est beaucoup moins nette dans les formes chroniques auxquelles nous nous sommes arrêté, et c'est pourquoi les troubles constatés remontent souvent à plusieurs années (10 ans chez notre malade).

Mais l'évolution peut encore être écourtée par l'apparition de complications graves, péritonites surtout. Cette notion, à elle seule, montre la nécessité de l'intervention chirurgicale.

IX. — Pour les observations jusqu'à maintenant publiées, aucun auteur n'avait soupçonné la vraie nature de la lésion responsable, et nous ne pouvons prétendre actuellement, que le *diagnostic clinique* soit possible : l'affection est trop rare et nous manquons de signes pathognomoniques.

Mais heureusement, le tableau clinique fait habituellement songer à une affection « d'ordre chirurgical » : appendicite, cholécystite, diverticulite, sigmoïdite, torsion d'une annexe etc... (nous avons songé chez notre malade à une tumeur du côlon).

C'est donc après l'ouverture de l'abdomen, quand on ne trouve pas la lésion attendue sur l'appendice, l'iléon, le sigmoïde, les trompes, qu'il faut se souvenir de *l'existence des franges épiploïques et de leur pathologie*. On aura ainsi de temps en temps la satisfaction de découvrir, en

explorant tout le côlon, une lésion qui serait passée inaperçue, et qui pourra être supprimée par une opération mineure.

X. — Le traitement opératoire comprendra donc deux temps :

1^o Après incision judicieuse, guidée sur le maximum des signes douloureux, *recherche* patiente d'une frange graisseuse malade si l'on n'a trouvé aucune des autres causes attendues ;

2^o *Ligature* du pédicule tordu, ablation de la frange, suivie s'il le faut, d'un enfouissement sous les tissus voisins.

XI. — Parmi les 44 cas que nous relevés : *quatre* sont des péritonites confirmées rapidement mortelles.

Deux étaient compliquées d'occlusion mortelle (dont l'une par thrombose mésentérique).

Trois sont des torsions latentes, silencieuses, découvertes tout à fait fortuitement.

Cinq observations ont trait à des torsions intra herniaires opérées avec succès (ablation de la frange incarcérée), sans incidents post-opératoires.

Trente observations enfin ont trait à des torsions aiguës ou chroniques de franges libres dans la cavité péritonéale, sans complications infectieuses ou occlusives. L'ablation de la frange tordue a donné pour ces trente cas une *guérison immédiate et complète*.

Vu, le Doyen,
ROUSSY

Vu, le Président de la thèse
P. DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

ADLER. — Torsion of an appendice epipl in a bilocular hernial sac. (*Lancet*, 1908, p. 377-378).

BENDER. — Zentralblatt f chirurgie, 1926, t. II, p. 1172.

BENSAUDE, FAURE BEAULIEU et CAIN. — Presse Médicale, 1931, n° 53, p. 983.

BRAINE. — Torsion d'une frange adipeuse du côlon gauche, rapp. de Mondor (*Soc. de Chirurgie*. Séance du 11-6-30).

BREITLANDER. — Zentralblatt f. Chirurgie, 1929, n° 16, p. 990.

BIGGS. — Torsion of an appendice epiploïque and its consequences (*Journal Medical*, sc., 1908, p. 16 17).

COLT. — Trois cas de torsions d'append. épipl. sur le sigmoïde (*British. J. of Surgery*, n° 75, January 32).

CRUVEILHIER. — Anat. pathol. générale, 1849, p. 816-817 et 131-132.

EBNER. — Torsion eines Fetthanger and multiple downsdvertikel an der Flexure sigmoïdea (*Deutsche Zeitschrift f. Chirur.*, 1909, t. XCVIII, p. 311-365).

FENKNER. — Petites torsions pédiculaires en tant que causes de syndromes péritonéaux (*Arch. f. klinische Chir.*, 1924, t. CLV, p. 176).

FORSSNER. — Hygiea, 1924, p. 744.

FRANK. — Ann. med. 1922.

HARRIGAU. — Ann. Surgery, 1917, t. XVI.

JOHANSSON. — Acta Chirurgica Scandinavica, 1926.

KENDIRDJY et SEJOURNET. — Revue de Chirurgie, juillet 1910.

KLINGENSTEIN. — Surgery, Gynec. and Obstetrics 1924, t. 38, p. 376.

KNOFLACH. — Deutsche Zeitsch f. Chir. 1930.

KRUGER. — Münchener med. Wochensch. 1907, t. V. p. 1813.

LORENTZ. — Volvulus eines App. epipl. des S. Roman und die Achse eines Pseudoligament in eine rechtsseitigen labraler (*Jahres. u. Arb. Chir. Klin.* Wien 1906, p. 338).

MEILLÈRE. — Entérorraphie circulaire dans les interventions sur le côlon gauche et le côlon transverse (*Thèse Paris*, 1928).

MOCQUOT. — Bulletin de la Soc. de Chir., 24 mai 1930.

MORESTIN. — B. et Mém. de la Soc. Anat. Paris 1912, t. LXXXVII, p. 391.

PATEL. — Etranglement d'un appendice de l'S. iliaque dans un sac herniaire (*Lyon Chir.*, 1912, t. VIII, p. 353).

PATEL et MALLET-GUY. — Hernies des App. épipl. et leurs complications (*Lyon Chir.*, mai-juin 1926).

PAYR. — Neber die Ursachen der Stieldrehung intra-peritoneal gelegnes organe (*Arch. f. Klin. Chir.*, t. LXII, 1902).

PAYR. — Weitere experimentelle und klinische Beiträge und Frage der Stieldrehung intraperit. Organe und Geschwülste (*Deut. Zeitsch. f. Chir.*, 1906 ; t. LXXXV, p. 392).

RANDALL. — J. of the American Medical Association, november 1932, p. 1684.

RIEDEL. — Über die Drehung des App. epipl. und ihre Folger (*Münch. med. Wochensch.*, 1903, p. 2308).

ROBINSON. — Étude des Séro-appendices épiploïques (*Thèse Paris*, 1908).

SCHWEINBERG. — Wien. Klin. Wochensch., 1906, t. XIX, p. 1322.

SIMON et STULZ. — Arch. franco-belges de Chirurgie (décembre 1921).

SMOLER. — Über einem Fall von intra-abd. Wetz torsion bei gleichzeitiges Bruchentem. einer app. epipl. (*Wiener Klin. Wochensch.*, 1907).

STUTTE. — Medizinische Klinik, 1930.

TAYMOR. — Volv. of a large app. epipl. (*British Med. Journal*, may 1931, p. 795).

TIERNY. — Torsion d'une frange graisseuse de l'appendice (*Bull. et Mém de la Soc. de Chir*, 19 juillet 1930).

VIRCHOW. — Die krankhaften Geschwülste. Berlin, 1863.

VULLIET. — Du rôle des app. épipl. dans les accidents herniaires (*Semaine Méd.* n° 27, p. 316, 1907).

ZOPPRITZ. — Beitrag zum Frage der Zustandkommen des to sion von appendices epipl (*Deutsche Zeitch. f. Chir.*, 1908 ; t. XCVIII, p. 141).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Historique.....	14
Rappel anatomique	16
Physiologie. Rôle des appendices épiploïques	22
Anatomie pathologique.....	26
Essai pathogénique	33
Etude clinique	37
Condition étiologique	37
Symptômes.....	39
Evolution. Complications.....	51
Formes cliniques.....	55
Diagnostic	64
Traitement	67
Observations	71
Conclusions.....	89
Bibliographie	95

1935. Imprimerie CLERC (S. à R. L.). — Saint-Amand (Cher)

